

Cas clinique

Des micropustules aiguës de la face

→ L. DUPONT, E. BEGON
Service de Dermatologie, GHT NOVO, PONTOISE.

Une patiente de 34 ans vous consulte pour la survenue brutale de multiples micropustules localisées uniquement sur les deux joues depuis 24 h. Elle n'a aucun antécédent de rosacée. Elle n'a appliqué aucun topique particulier. Cette éruption brutale est survenue 2 jours après

l'introduction d'amoxicilline – acide clavulanique pour des soins dentaires (fig. 1 à 3).

Quel diagnostic évoquez-vous ?



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

Cas clinique

Commentaires

Cette éruption micropustuleuse faciale brutale après prise d'antibiotiques évoque typiquement une **pustulose exanthématique aiguë localisée** (PEAL). La PEAL est une affection très rare, considérée comme une variante de la pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG). Elle est caractérisée par l'apparition brutale de pustules limitées à un territoire cutané précis, souvent déclenchée par la prise d'un médicament. Très peu de cas ont été rapportés. L'évolution est rapidement et spontanément favorable après l'arrêt de l'agent déclencheur, sans complication majeure.

La PEAL, décrite pour la première fois en 2005, reste à ce jour une entité dont les mécanismes physiopathologiques demeurent encore mal compris. Considérée comme appartenant au même spectre que la PEAG, il s'agirait d'une réaction d'hypersensibilité retardée de type IV, à médiation cellulaire T. La PEAL est d'origine médicamenteuse dans près de 90 % des cas, déclenchée par diverses substances d'usage systémique, notamment des anti-infectieux. Les antibiotiques de la famille des bêta-lactamines et les macrolides semblent être plus fréquemment impliqués dans cette toxidermie pustuleuse. La PEAL a également été rapportée après l'utilisation d'antibiotiques variés, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, d'antifongiques, d'antagonistes calciques, d'anti-ulcéreux, de docetaxel, d'héparines ou de pembrolizumab. Des cas de PEAL localisées au cuir chevelu ont été décrits après application de minoxidil topique. La PEAL n'est pas uniquement une toxidermie. Des cas de PEAL non médicamenteuses ont été observés à la suite de l'absorption de plantes médicinales, à des infections virales, bactériennes, parasitaires ou des morsures d'araignées (notamment *Ixosceles rufescens*, au site de la piqûre). Le délai d'apparition des symptômes après l'introduction médicamenteuse est



Fig. 4 : Autre exemple de pustulose exanthématique aiguë localisée (PEAL) secondaire à l'amoxicilline – acide clavulanique.

généralement court, moins de 72 heures, et jamais au-delà de 10 jours.

La PEAL débute par l'apparition soudaine de petites pustules non folliculaires, en tête d'épingle (taille comprise entre 1 et 3 mm), blanches ou jaunes, regroupées localement sur un fond érythémateux et œdémateux, et en l'absence de comédon. Les pustules sont habituellement superficielles, flasques, peuvent être coalescentes, et ont une apparence similaire à une zone localisée de PEAG. L'éruption reste limitée à un territoire cutané. Après étude des cas publiés, la face reste le principal site des PEAL bien que les pustules puissent également être groupées sur une autre zone focale du tégument (**fig. 4**). De manière compréhensible, elles apparaissent après contact direct avec l'agent inducteur (aux sites d'injections d'héparine calcique, au site d'une morsure d'araignée) ou parfois de façon plus surprenante après un médicament d'usage systémique

(PEAL du thorax droit après antibiothérapie par clindamycine). L'atteinte des muqueuses est rare et discrète. Une sensation de malaise général et une fièvre modérée sont possibles selon l'étendue. Le bilan biologique est le plus souvent normal en dehors d'une hyperleucocytose. Il n'existe aucune atteinte d'organe. L'évolution clinique est favorable après arrêt du médicament inducteur avec une desquamation fine superficielle dans un délai de 10 à 15 jours.

Le diagnostic de la PEAL repose sur la sémiologie de l'éruption avec une clinique et une histoire médicamenteuse compatibles, ainsi que l'élimination des diagnostics différentiels. Dès l'hypothèse formulée, le traitement potentiellement inducteur doit être interrompu. Les prélèvements microbiologiques des pustules sont évidemment négatifs. Les caractéristiques histologiques ne sont pas spécifiques à la PEAL, et comprennent, notamment, des pustules

spongiformes intra-épidermiques et sous-cornées contenant des polynucléaires neutrophiles et éosinophiles, une spongiose, un œdème marqué du derme papillaire et un infiltrat inflammatoire superficiel à prédominance périvasculaire. Parfois, s'ajoute une nécrose des kératinocytes et une vacuolisation de la couche basale mais sans nécrose épidermique complète. Enfin, à distance, il est possible de tester l'agent causal par des tests épicutanés spécifiques. Ceux-ci sont positifs chez environ la moitié des patients atteints, déclenchant une réaction similaire à l'éruption initiale (pustules aseptiques sur un fond érythémateux). Un test positif confirme l'origine médicamenteuse, tandis qu'un test négatif ne permet pas de l'éliminer. Une réaction généralisée pouvant aussi se produire, les patchtests ne sont ainsi pas systématiquement réalisés. Par ailleurs, il est particulièrement important d'éliminer les diagnostics différentiels que sont, en premier lieu, les causes infectieuses bactériennes (folliculite bactérienne, impétigo bulleux), fongiques (dermatophytoses pustuleuses) ou virales (VZV, HSV, eczéma herpéticum). Il en est de même pour les

dermatoses inflammatoires comme la rosacée papulo-pustuleuse, la dermatite périorale, l'acné sévère, les formes faciales de syndrome de Sweet (dermatose neutrophilique faciale). Enfin, il est nécessaire de rester vigilant et différencier une PEAL d'un stade précoce de PEAG, où l'éruption débute souvent au niveau du visage ou des plis, avant de s'étendre au tronc et aux membres. Outre ses formes acrales (pustulose palmoplantaire et acrodermatite continue de Hallopeau), le psoriasis pustuleux ne connaît jamais de forme localisée et est facile à écarter.

La PEAL est une dermatose autolimitée et de courte durée, d'évolution favorable en quelques jours. L'arrêt du médicament inducteur est la seule chose nécessaire. L'utilisation de dermocorticoïdes peut être utile pour réduire l'inflammation et le prurit. Après un épisode de PEAL, les patients devraient éviter toute exposition ultérieure devant le risque de récurrence sous une forme généralisée. Une liste des médicaments contre-indiqués, incluant leurs génériques, doit être remise aux patients pour éviter de futures complications.

POUR EN SAVOIR PLUS

- PARISI R, SHAH H, NAVARINI AA *et al.* Acute generalized exanthematous pustulosis: clinical features, differential diagnosis, and management. *J Am Acad Dermatol*, 2023;24:557-575.
- Acute localized exanthematous pustulosis: Clinical features, pathophysiology, and therapy. *Dermatol Ther*, 2021; 34:e15087
- VILLANI A, BALDO A, DE FATA SALVATORES G *et al.* Acute Localized exanthematous pustulosis (ALEP): Review of literature with report of case caused by amoxicillin-clavulanic acid. *Dermatol Ther*, 2017;7:563-570.
- TSUTSUMI R, YOSHIDA Y, ADACHI K *et al.* Acute localized exanthematous pustulosis caused by a herbal medicine, dai-kenchu-to. *Contact Dermatitis*, 2018;79:257-259.
- MANAA L, LAHOUELM, BEN SALAH N *et al.* Acute localized exanthematous pustulosis induced by a spider bite. *Dermatitis*, 2023;34/252-253.
- ARAI Y, OKAMURA K, SAITO T *et al.* A case of acute localized exanthematous pustulosis following COVID-19 infection. *J Dermatol*, 2024;51:e37-e38.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.