

DERMATOLOGIE

Conférences Scientifiques^{MC}

Le rôle des tests cutanés dans la toxidermie

Par Denis Sasseville, M.D., FRCPC

Les réactions médicamenteuses indésirables cutanées sont assez fréquentes, bien que l'estimation de leur incidence réelle soit une approximation. Selon un petit nombre d'études quantitatives, 2 à 3 % des patients hospitalisés sont atteints de toxidermie¹⁻³. On demande souvent aux dermatologues d'évaluer des patients parfois très malades que l'on soupçonne d'être atteints de toxidermie et l'on s'attend à ce qu'ils identifient immédiatement le médicament responsable de la toxidermie parmi les dix médicaments ou plus administrés simultanément. Le tableau clinique de la toxidermie peut être assez varié, mais la plupart des cas sont de nature maculopapuleuse (morbilliforme) ou urticarienne¹. La détermination du ou des médicaments responsables de la toxidermie repose souvent sur une présomption ou une hypothèse bien fondée. Dans la plupart des cas, l'étiologie est établie par la cessation du médicament, lorsque le retrait d'un médicament soupçonné est suivi de la disparition de l'éruption. Cependant, de nombreux dermatologues sont d'avis que l'on ne peut affirmer qu'un médicament est responsable que lorsque le test de réintroduction du médicament est positif, c'est-à-dire que la réadministration du médicament entraîne une récurrence de l'éruption. On peut tenter d'effectuer un tel test dans les cas d'érythème pigmenté fixe localisé et léger, mais il n'est pas éthique et il est potentiellement dangereux dans d'autres cas. Il est bien entendu contre-indiqué si la réaction initiale était grave ou menaçait le pronostic vital, dans les cas par exemple d'érythème polymorphe ou de syndrome de Stevens-Johnson, de vasculite leucocytoclasique ou de nécrolyse épidermique toxique. Au fil des ans, on a recherché d'autres méthodes de diagnostic.

Il n'existe pas de test *in vitro* fiable et répandu pour la toxidermie. Le test de transformation lymphoblastique demeure un outil expérimental dont l'application pratique est limitée. Cependant, la plupart des cas de toxidermie sont d'origine immunitaire. L'anaphylaxie, l'angioœdème et l'urticaire impliquent la liaison des allergènes à une IgE spécifique et peuvent être considérés comme des réactions de type I selon la classification de Gell et Coombs. La vasculite leucocytoclasique est un exemple de réaction de type III, alors que la plupart des cas d'éruption maculopapuleuse, de réaction d'hypersensibilité, d'érythrodermie, de pustulose exanthématique aiguë généralisée, d'érythème polymorphe et de nécrolyse épidermique toxique sont des réactions de type IV déclenchées par des mécanismes faisant intervenir les lymphocytes T. Il est donc raisonnable d'évaluer la valeur des tests cutanés *in vivo* en tant qu'outil diagnostique potentiellement utile dans de telles affections.

Cependant, à l'exception du prick-test et du test par injection intradermique pour identifier une allergie à la pénicilline, ces méthodes n'ont malheureusement pas été normalisées de façon appropriée et des allergènes ne sont pas commercialisés. En revanche, le nombre de rapports de cas publiés décrivant des toxidermies diagnostiquées par des tests cutanés augmente régulièrement⁴⁻¹⁰. Ces rapports sont souvent anecdotiques et n'incluent pas de témoins¹¹, mais ils démontrent que les tests cutanés (en particulier le test épicutané) peuvent être un outil inestimable dans l'investigation des cas de toxidermie. Au cours de ces dernières années, des efforts ont été faits pour mettre au point des lignes directrices standardisées concernant l'utilisation des tests cutanés dans les cas de toxidermie. La European Society of Contact Dermatitis a créé un groupe de travail à cet effet dirigé par le Dr Annick Barbaud de Nancy, France. Son groupe et d'autres ont utilisé des études prospectives pour quantifier la spécificité et la sensibilité de ces tests et jusqu'à présent, les résultats sont encourageants^{12,13,14}. Dans ce premier numéro de *Dermatologie – Conférences scientifiques*, nous examinerons les progrès les plus récents effectués dans les tests cutanés en mettant un accent particulier sur le test épicutané.

TEL QUE PRÉSENTÉ LORS DES

CONFÉRENCES SCIENTIFIQUES DE LA

DIVISION DE DERMATOLOGIE,

CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL

Membres de la Division de dermatologie

Alfred Balbul, MD
Alain Brassard, MD
Judith Cameron, MD
Wayne D. Carey, MD
Ari Demirjian, MD
Anna Doellinger, MD
John D. Elie, MD
Odette Fournier-Blake, MD
Roy R. Forsey, MD
William Gerstein, MD
David Gratton, MD
Raynald Molinari, MD
Brenda Moroz, MD
Khue Huu Nguyen, MD
Elizabeth A. O'Brien, MD
Maria Rozenfeld, MD
Denis Sasseville, MD
Directeur et rédacteur
Wendy R. Sissons, MD
Marie St-Jacques, MD
Beatrice Wang, MD
Ralph D. Wilkinson, MD



McGill University
Health Centre

Centre universitaire
de santé McGill

Centre universitaire de santé McGill
Division de dermatologie
Hôpital Royal Victoria
687, avenue Pine, Ouest
Bureau A 4.17
Montréal, Québec H3A 1A1
Tél. : (514) 842-1231, poste 34648

Le contenu rédactionnel de *Dermatologie – Conférences scientifiques* est déterminé exclusivement par la Division de dermatologie, Centre universitaire de santé McGill

Collecte des données

Dans l'évaluation de toute toxidermie soupçonnée, l'anamnèse est la première démarche essentielle, car elle permet souvent de raccourcir la liste des agents responsables potentiels. Le patient a-t-il déjà reçu des médicaments dans le passé? A-t-il déjà souffert de toxidermie? Quels médicaments a-t-il pris au cours des derniers mois? La voie et la chronologie d'administration des médicaments doivent être notées précisément sur un diagramme, ainsi que la date de l'éruption et son évolution.

La démarche suivante est l'examen physique qui permet la classification de l'éruption en un sous-ensemble clinique défini. Les tableaux cliniques reconnus sont les suivants :

- Anaphylaxie, angioœdème ou urticaire
- Éruption maculopapuleuse ou morbilliforme
- Eczéma ou érythrodermie
- Dermatite de contact systémique (y compris les réactions d'évocation et le syndrome du babouin)
- Éruption lichénoïde
- Pustulose exanthématique aiguë généralisée
- Réaction d'hypersensibilité ou pseudolymphomateuse (mieux connue actuellement sous le nom de réaction médicamenteuse avec éosinophilie et symptômes systémiques) ou de son acronyme anglais "DRESS"
- Érythème polymorphe ou syndrome de Stevens-Johnson
- Vasculite leucocytoclasique
- Nécrolyse épidermique toxique
- Érythème pigmenté fixe
- Photodermatose

On doit également rechercher les signes de gravité, y compris la présence de fièvre, d'adénopathie, d'hépatosplénomégalie, d'œdème massif du visage, de douleur cutanée, de desquamation et d'érosion des muqueuses. Ces signes doivent avertir le clinicien qu'il peut s'agir d'une forme grave de la maladie.

Pour chaque médicament soupçonné, l'imputabilité doit être établie en fonction des grilles et des lignes directrices publiées¹⁵. Les résultats des tests de laboratoire tels que la biopsie cutanée, la numération globulaire, les profils biochimiques et les examens sérologiques (mycoplasma, virus Epstein-Barr, hépatites B et C, etc.) peuvent également aider à orienter le diagnostic en faveur ou non d'une toxidermie.

Le test épicutané

Le test épicutané doit être effectué idéalement 6 semaines après que l'éruption a disparu et un mois après que le patient a cessé de prendre le médicament immunosuppresseur¹⁶. Le test épicutané peut être négatif s'il est différé de plus de 6 mois. La technique est la même que celle utilisée pour tester la dermatite de contact. Un patch est appliqué à la partie supérieure du dos, tel que Finn Chambers® sur Scanpor®, IQ Chambers® ou Van Der Bend Chambers®. Il est important d'effectuer une lecture après 20 à 30 minutes, en particulier si l'éruption initiale était urticarienne. D'autres lectures peuvent être effectuées 2 et 4 jours après le test et parfois, 7 jours après celui-ci. Dans l'évaluation des toxidermies photo-allergiques, le photopatch test est la technique de choix. Les patchs sont appliqués en double, et après 24 heures, une série de tests est irradiée avec 5 joules de rayonnement ultraviolet A.

Les tests épicutanés effectués sur une surface cutanée antérieurement non atteinte sont rarement positifs si la réaction initiale était un érythème pigmenté fixe. Il est également important dans un tel cas d'appliquer les patchs sur les surfaces cutanées hyperpigmentées antérieurement atteintes¹⁷. On pense que la persistance de lymphocytes T de mémoire aux sites antérieurement atteints explique la réactivité immunologique accrue de ces sites. Des études récentes montrent que cela est vrai même dans les cas d'éruptions généralisées, et le résultat du test épicutané peut être intensifié si le patch est appliqué dans des régions qui étaient plus gravement atteintes^{18,19}.

Les médicaments sont préparés pour le test épicutané en broyant les comprimés et en ouvrant les capsules et en diluant la poudre à 30 % par poids dans la vaseline et l'eau. La capsule de gélatine est humidifiée et testée telle quelle. Dans la mesure du possible, on devrait se procurer les ingrédients inertes (charges, colorants, conservateurs) auprès du fabricant et les tester. Lorsque l'on teste des médicaments purs, la dilution recommandée est de 10 % dans la vaseline et l'eau. Ces concentrations élevées ont été choisies pour maximiser les résultats de ce test. Cependant, elles augmentent également le risque d'une récurrence de l'éruption. Lorsque l'on évalue des réactions graves, telles que l'érythème polymorphe, le syndrome de Stevens-Johnson, les réactions médicamenteuses

avec éosinophilie et symptômes systémiques ou la nécrolyse épidermique toxique, le test épicutané doit être effectué initialement à des concentrations de médicament de 0,1 %. Si le test est négatif, la concentration est ensuite augmentée à 1 % et finalement à 10 %. L'ensemble de l'intervention peut donc nécessiter quelques semaines. Le test épicutané avec l'acyclovir¹², la carbamazépine²⁰ et la pseudoéphédrine²¹ est souvent suivi d'une récurrence, et ces médicaments doivent donc être testés de façon progressive, tel que décrit ci-dessus. On a occasionnellement noté des récurrences après des tests avec l'amoxicilline, l'hydroxyzine et la triamcinolone¹² ainsi qu'avec le clobazam²² et le valproate de sodium²³.

Le prick-test

On a recours au prick-test lorsque le résultat du test épicutané est négatif. Il est effectué sur la face antérieure de l'avant-bras à l'aide des solutions aqueuses utilisées pour le test épicutané. Cependant, si la toxidermie était urticarienne, on doit utiliser les dilutions recommandées pour les tests par injection intradermique. Les produits témoins négatifs et positifs sont la solution saline à 0,9 % et l'histamine à une dose de 10 mg/mL, respectivement. Les lectures sont effectuées 20 minutes et 24 heures après le test. Pour un grand nombre de réactions, les résultats sont positifs à la dernière lecture, en particulier dans les cas d'éruptions maculopapuleuses et lorsqu'il s'agit d'un test avec des bêta-lactamines^{5,24,25}.

L'intradermo-réaction

On envisage l'intradermo-réaction seulement lorsque le prick-test est négatif après 20 minutes. La technique est complexe et potentiellement dangereuse, car elle nécessite de nombreuses dilutions de solutions stériles et une surveillance étroite dans un cadre hospitalier. Les intradermo-réactions sont contre-indiquées dans les cas d'érythème polymorphe ou de syndrome de Stevens-Johnson, de vasculite leucocytoclasique et de nécrolyse épidermique toxique.

De l'épinéphrine et du matériel de réanimation doivent être facilement accessibles et une perfusion intraveineuse doit être installée. Les signes vitaux sont surveillés pendant le test et pendant 6 heures après celui-ci. Les médicaments doivent être fraîchement préparés, pas plus de deux heures avant le test, avec une dilution séquentielle de 10^{-4} , 10^{-3} , 10^{-2} et 10^{-1} dans une solution salée à 0,9 %. Le test est effectué en

injectant dans le derme superficiel de la face d'extension du bras 0,04 mL de la dilution la plus faible. Le test est positif lorsque l'on note une papule oedémateuse de plus de 10 mm après 30 minutes. Si le test est négatif, on passe aux concentrations supérieures d'un volume similaire à des intervalles de 30 minutes jusqu'à ce que l'on observe une réponse positive ou une absence de réponse au médicament dilué. Dans tous les cas, des lectures tardives sont effectuées 6 et 24 heures après le test.

Utilité des tests cutanés

On peut évaluer la valeur des tests cutanés dans les réactions médicamenteuses cutanées uniquement par des études prospectives de grande envergure dans lesquelles tous les cas soupçonnés de toxidermie sont systématiquement testés. Les résultats complets doivent être publiés, y compris les tests négatifs. Ces études doivent suivre des lignes directrices standardisées telles que celles décrites ci-dessus et selon certains auteurs, elles ne devraient pas utiliser moins de 20 témoins¹¹. Des volontaires sains peuvent servir de témoins négatifs, mais Barbaud et coll. sont d'avis qu'il est préférable d'utiliser des patients dont la toxidermie peut être attribuée à un autre médicament, mais qui ont été exposés au médicament à l'étude et ont obtenu un résultat négatif au test avec ce médicament¹⁶.

Les tests épicutanés

Les tests épicutanés sont les tests qui ont été le plus étudiés. Leur sensibilité globale varie de 31,7 % à 50 % dans des séries de cas publiées^{12,14,26}. Lorsqu'on les répartit selon le type d'éruption, les tests épicutanés sont des plus utiles pour les éruptions eczémateuses ou érythrodermiques, les éruptions maculopapuleuses, la dermatite de contact systémique, la pustulose exanthématique aiguë généralisée et l'érythème pigmenté fixe qui sont toutes des types de réactions cutanées évoquant une maladie associée à une anomalie des lymphocytes T (tableau 1). En revanche, les tests épicutanés ont une utilité minimale dans l'évaluation des éruptions urticariennes, de l'érythème polymorphe ou du syndrome Stevens-Johnson, de la nécrolyse épidermique toxique, de la vasculite et du prurit^{12,27}.

Le médicament qui a causé la réaction indésirable cutanée influe également sur la sensibilité du test épicutané. On obtient les meilleurs résultats avec les antibiotiques, principalement ceux appartenant à la

Tableau 1 : Utilité du test épicutané selon le type de toxidermie

Type de l'éruption	% de réactions positifs
Utilité maximale	
Érythrodermie/eczéma	76,5 %
Érythème pigmenté fixe	60-75 %
Éruption maculopapuleuse	54 %
Pustulose exanthématique aiguë généralisée	50 %
Réaction médicamenteuse avec éosinophilie et symptômes systémiques (DRESS)	–
Dermatite de contact systémique	–
Utilité minimale	
Urticaire/angioœdème	11 %
Érythème polymorphe	9 %
Syndrome de Stevens-Johnson	9 %
Nécrolyse épidermique toxique	9 %
Vasculite	–
Prurit	–

famille des bêta-lactamines et en particulier avec l'amoxicilline, les anticonvulsivants, les corticostéroïdes, les héparinoïdes, les benzo-diazépines, le diltiazem, la pseudoéphédrine et l'hydroxyzine (tableaux 2 et 3).

Le prick-test et l'intradermo-réaction

Le prick-test et l'intradermo-réaction sont des techniques qui n'ont pas été autant étudiées que le test épicutané. Lorsqu'ils sont associés au test épicutané, ils permettent la détection de cas additionnels, mais l'on observe également des réactions faussement positives. Dans une étude par Barbaud et coll., la positivité du test épicutané était de 43 % et l'addition du prick-test et de l'intradermo-réaction a augmenté la sensibilité à 72 %¹². La valeur des intradermo-réactions pour les déterminants antigéniques majeurs et mineurs de la pénicilline est bien établie dans les cas de réactions urticariennes ou anaphylactiques. Il est moins bien connu que d'autres bêta-lactamines et les héparines sont positives au prick-test et à l'intradermo-réaction. Bien que qu'ils soient plus utiles dans l'évaluation des réactions immunitaires de type I, ils produisent souvent des réactions positives tardives dans les cas de réactions maculopapuleuses ou eczémateuses. Étant donné qu'ils sont plus invasifs, ils sont associés à un

Tableau 2 : Utilité du test épicutané selon le médicament responsable

Médicament	% de réactions positives
Diltiazem	100 %
Carbamazépine	86 %
Corticostéroïdes	83 %
Amoxicilline/acide clavulanique	80 %
Tétrazépam	67 %
Héparines	36 %
Bêta-lactamines	33 %

risque plus élevé d'anaphylaxie ou de récurrence de la toxidermie initiale.

Interprétation des résultats des tests

Il est important de réaliser qu'un test négatif n'exclut pas la responsabilité du médicament testé. Le médicament peut ne pas avoir atteint en quantité suffisante les cellules immunocompétentes pour provoquer une réponse visible, car sa concentration est trop faible ou son véhicule est inapproprié. La réaction indésirable cutanée peut avoir été causée par un métabolite du médicament testé, par des interactions médicamenteuses ou par des effets toxiques non immunologiques.

Dans la plupart des cas, un test positif indique la présence d'une allergie au médicament. Cependant, il peut y avoir des réactions faussement positives et celles-ci sont plus fréquentes dans les tests plus invasifs, notamment lorsque l'on effectue le test avec la pénicilline,

Tableau 3 : Autres médicaments ayant produit des réactions positives au test épicutané

Anticonvulsivants :	Diphénylhydantoïne, acide valproïque, phénobarbital, lamotrigine, clobazam
Antibiotiques :	Sulfonamides, pristinamycine, métronidazole, clindamycine
Pseudoéphédrine	
Captopril	
Spirolactone	
AINS	
Hydroxyzine	

l'érythromycine et la spiramycine¹². Ces réactions ne peuvent être détectées que si un nombre suffisant de témoins sont également testés. Avec le test épicutané, des réactions d'irritation faussement positives ont été observées avec la colchicine, le misoprostol, le captopril et la spironolactone, ainsi qu'avec des préparations contenant du sulfate sodique de lauryle dans leur excipient²⁸. Le résultat faussement positif d'un test épicutané peut être dû à une sensibilisation de contact à un ingrédient de l'excipient, tel que les parabènes, le propylène-glycol, l'iode ou l'huile d'avocat²⁸.

Conclusion

Au cours de ces dernières années, l'utilité des tests cutanés dans l'investigation de la toxidermie a été mieux définie. Les dilutions de médicament pour le test épicutané sont faciles à préparer et le test est sans danger. Cette technique permet d'établir la cause des réactions médicamenteuses indésirables cutanées dans jusqu'à 50 % des cas et devrait être pratiquée dans tous les centres de dermatologie.

Le prick-test et l'intradermo-réaction peuvent être des compléments utiles au test épicutané. Cependant, ils sont techniquement plus difficiles à réaliser et présentent également des risques plus élevés. Étant donné que la plupart des dermatologues nord-américains ne pratiquent pas ces tests, des protocoles doivent être élaborés en collaboration avec des allergologues et des immunologistes, afin de mieux prendre en charge les patients présentant une toxidermie.

References

- Bigby M, Jick S, Jick H, Arndt K. Drug-induced cutaneous reactions. A report from the Boston Collaborative Drug Surveillance Program on 15,438 consecutive inpatients, 1975 to 1982. *JAMA* 1996;256:3358-3363.
- Swanbeck G, Dahlberg E. Cutaneous drug reactions. An attempt to quantitative estimation. *Arch Dermatol Res* 1992;284:215-218.
- Roujeau JC, Stern RS. Severe adverse cutaneous reactions to drugs. *N Engl J Med* 1994;331:1272-1282.
- Alanko K. Patch testing in cutaneous reactions caused by carbamazepine. *Contact Dermatitis* 1993;29:254-257.
- Lisi P, Lapomarda V, Stingeni L, et al. Skin tests in the diagnosis of eruptions caused by betalactams. *Contact Dermatitis* 1997;37:151-154.
- Watsky KL. Acute generalized exanthematic pustulosis induced by metronidazole: the role of patch testing. *Arch Dermatol* 1999;135:93-94.
- Fernandes B, Brites M, Gonçalo M, Figueiredo A. Maculopapular eruption from sertraline with positive patch tests. *Contact Dermatitis* 2000;42:287.
- Alonso R, Enrique E, Cistero A. Positive patch tests to diclofenac in Stevens-Johnson syndrome. *Contact Dermatitis* 2000;42:367.
- Koch P, Münssinger T, Rupp-John C, Uhl K. Delayed-type hypersensitivity skin reactions caused by subcutaneous unfractionated and low-molecular-weight heparins: tolerance of a new recombinant hirudin. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:612-619.
- Michel M, Domp Martin A, Louvet S, Szczurko C, Castel B, Leroy D. Skin reactions to hydroxyzine. *Contact Dermatitis* 1997;36:147-149.
- Calkin JM, Maibach HI. Delayed hypersensitivity drug reactions diagnosed by patch testing. *Contact Dermatitis* 1993;29:223-233.
- Barbaud A, Reichert-Pénétrat S, Tréchet P, et al. The use of skin testing in the investigation of cutaneous adverse drug reactions. *Br J Dermatol* 1998;139:49-58.
- Bruynzeel DP, Van Ketel WG. Skin tests in the diagnosis of maculopapular eruptions. *Semin Dermatol* 1989;8:196-203.
- Osawa J, Naito S, Aihara M, Kitamura K, Ikezawa Z, Nakajima H. Evaluation of skin test reactions in patients with non-immediate type drug reactions. *J Dermatol* 1990;17:235-239.
- Moor N, Paux G, Beegaud B, Biour M, Loupi E, Boismare F. Adverse drug reaction monitoring: doing it the French way. *Lancet* 1985;2:1056-1058.
- Barbaud A, Gonçalo M, Bruynzeel D, Bircher A. Guidelines for performing skin tests with drugs in the investigation of cutaneous adverse drug reactions. *Contact Dermatitis* 2001;45:321-328.
- Alanko K, Stubb S, Reitamo S. Topical provocation in fixed drug eruption. *Br J Dermatol* 1987;116:561-567.
- Barbaud A, Tréchet P, Reichert-Pénétrat S, Granel F, Schmutz JL. The usefulness of patch testing on the previously most severely affected site in a cutaneous adverse drug reaction to tetrazepam. *Contact Dermatitis* 2001;44:259-260.
- Klein CE, Trautman A, Zillikens D, Brocker EB. Patch testing in an unusual case of toxic epidermal necrolysis. *Contact Dermatitis* 1995;33:448-449.
- Vaillant L, Camenen I, Lorette G. Patch testing with carbamazepine: reinduction of an exfoliative dermatitis. *Arch Dermatol* 1989;125:299.
- Sánchez TS, Sánchez-Pérez J, Aragüés M, García-Díaz A. Flare-up reaction of pseudoephedrine baboon syndrome after positive patch tests. *Contact Dermatitis* 2000;42:312-313.
- Machet L, Vaillant L, Dardaine V, Lorette G. Patch testing with clobazam: relapse of generalized drug eruption. *Contact Dermatitis* 1992;26:347-348.
- Conilleau V, Domp Martin A, Verneuil L, Michel M, Leroy D. Hypersensitivity syndrome secondary to 2 anticonvulsant drugs. *Contact Dermatitis* 1999;41:141-144.
- Barbaud A, Béné MC, Schmutz JL, Ehlinger A, Weber M, Faure GC. Role of delayed cellular hypersensitivity and adhesion molecules in maculopapular rashes induced by amoxicillin. *Arch Dermatol* 1997;133:481-486.
- Rosso R, Mattiacci G, Bernardi ML, et al. Very delayed reactions to b-lactam antibiotics. *Contact Dermatitis* 2000;42:293-295.

26. Gonçalo M, Fernandes B, Oliveira HS, Figueiredo A. Epicutaneous patch testing in drug eruptions. *Contact Dermatitis* 2000;42:(suppl. 2)22.
27. Wolkenstein P, Chosodow O, Fléchet ML, et al. Patch testing in severe cutaneous adverse drug reactions, including Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *Contact Dermatitis* 1996;35:234-236.
28. Barbaud A, Tréchet P, Reichert-Pénétrat S, Commun N, Schmutz JL. Relevance of skin tests with drugs in investigating cutaneous adverse drug reactions. *Contact Dermatitis* 2001; 45:265-268.

Résumé scientifique pertinente

L'utilisation des tests cutanés dans l'investigation des réactions médicamenteuses indésirables cutanées

BARBAUD A, REICHERT-PENETRAT S, TRECHOT P, ET AL. NANCY, FRANCE.

Les tests cutanés avec le produit que l'on soupçonne être responsable ont été utiles pour déterminer la cause des réactions médicamenteuses indésirables (RMI) cutanées, mais il est nécessaire de déterminer la valeur et la spécificité de ces tests. Dans cette étude, 72 patients présentant une toxidermie présumée (27 cas d'éruption maculopapuleuse, 18 cas d'éruption urticarienne, 7 cas d'éruption érythrodermique, 9 cas d'éruption eczémateuse, 4 cas de photosensibilité, 3 cas d'érythème pigmenté fixe, 3 cas de prurit et 1 cas de pustulose exanthématique aiguë généralisée) ont été évalués. Tous ont subi un test épicutané; 46 ont subi également un prick-test et 30 ont subi une intradermo-réaction (effectué chez les patients hospitalisés au moyen d'une solution stérile du médicament que l'on soupçonnait être responsable, dilué séquentiellement). Des lectures immédiates et tardives ont été effectuées. Parmi ces patients, 52 (72 %) ont eu une réaction positive au test cutané, soit 43 %, 24 % et 67 % au test épicutané, au prick-test et à l'intradermo-réaction, respectivement. Les résultats des tests cutanés variaient selon le médicament testé et le type clinique de RMI cutanée, étant donné qu'un nombre significativement plus élevé de tests épicutanés positifs a été observé parmi les patients ayant présenté une éruption maculopapuleuse que parmi les patients ayant présenté une réaction urticarienne ($p = 0,001$). Cette étude confirme l'utilité des tests cutanés séquentiels pour établir la cause d'une réaction médicamenteuse indésirable cutanée. Des lignes directrices sont proposées pour réaliser ces tests, et celles-ci recommandent l'utilisation de témoins négatifs appropriés pour éviter les résultats faussement positifs.

Br J Dermatol 1998;139:49-58.

Réunions scientifiques à venir

29 au 30 juin 2002

77^e réunion annuelle de l'Association canadienne de dermatologie

Paris, France

Renseignements : Tél : 613-730-6262 /

1-800-267-3376

Fax : 613-730-8262

Courriel : contact.cda@

dermatology.ca

1^{er} au 5 juillet 2002

20^e Congrès mondial de dermatologie

Paris, France

Renseignements : www.derm.wcd-2002.com

9 au 12 juillet 2002

82^e réunion annuelle de la British Association of Dermatologists

Edinburgh, Écosse, R.-U.

Renseignements : Emma Clayton

Tél : 0-2-073-830-266

Courriel : emmac@bad.org.uk

31 juillet au 4 août 2002

American Academy of Dermatology

New York, New York

Renseignements : Tim Moses, Directeur

Tél : 847-330-0230

Fax : 847-330-1090

Courriel : addmeetings@aad.org

Site Web : www.aad.org

Les avis de changement d'adresse et les demandes d'abonnement pour *Dermatologie – Conférences Scientifiques* doivent être envoyés par la poste à l'adresse B.P. 310, Station H, Montréal (Québec) H3G 2K8 ou par fax au (514) 932-5114 ou par courrier électronique à l'adresse info@snellmedical.com. Veuillez vous référer au bulletin *Dermatologie – Conférences Scientifiques* dans votre correspondance. Les envois non distribuables doivent être envoyés à l'adresse ci-dessus.

L'élaboration de cette publication a bénéficié d'une subvention à l'éducation de

Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.

© 2002 Division de dermatologie, Centre universitaire de santé McGill, Montréal, seule responsable du contenu de cette publication. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de l'éditeur ou du commanditaire, mais sont celles de l'établissement qui en est l'auteur et qui se fonde sur la documentation scientifique existante. Édition : SNELL Communication Médicale Inc. avec la collaboration de la Division de dermatologie, Centre universitaire de santé McGill. *Dermatologie – Conférences scientifiques* est une marque de commerce de SNELL Communication Médicale Inc. Tous droits réservés. Tout recours à un traitement thérapeutique décrit ou mentionné dans *Dermatologie – Conférences scientifiques* doit être conforme aux renseignements d'ordonnance reconnus au Canada. SNELL Communication Médicale Inc. se consacre à l'avancement de la formation médicale continue de niveau supérieur.