

AUTOMÉDICATION ET TOXIDERMIES BULLEUSE À ABIDJAN : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET ÉVOLUTIFS

KOUASSI YAO ISIDORE¹, KOUROUMA HAMDAN SARAH¹, KOUASSI KOUAMÉ ALEXANDRE¹, ALLOU ANGE-SYLVAIN¹, AHOGO KOUADIO CELESTIN¹, ECRA ELIDJE JOSEPH¹, KASSI KOMENAN¹, GBERY ILDEVERT PATRICE¹, KALOGA MAMADOU¹, KANGA KOUAME¹, SANGARE ABDOU-LAYE¹

RESUME

Objectif : Cette étude a été réalisée pour décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des toxidermies bulleuses chez les patients suite à une automédication.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale rétrospective à visée descriptive. Elle s'est déroulée du 01 septembre 2004 au 31 Août 2014 au centre de dermatologie du CHU de Treichville (Côte d'Ivoire). Ont été inclus tous les patients ayant eu une toxidermie bulleuse suite à une automédication et hospitalisés pendant la période d'étude.

Résultats : Pendant 10 ans nous avons recensé 191 cas de toxidermies bulleuses hospitalisés en dermatologie du CHU de Treichville. Quatre-vingt-quatre patients ont eu recours à une automédication soit 44,0%. La moyenne d'âge de ces patients était de 29,22 ans avec des extrêmes de 2 et 69 ans. Il y avait une prédominance féminine avec 56 patientes (66,7%). Le syndrome de Stevens Johnson avec 58 cas représentait 69,0 % des toxidermies suivi du syndrome de Lyell avec 23 cas (27,4%). La sulfadoxinepyriméthamine a été le médicament le plus incriminé avec 16 cas (19,1%) suivi du cotrimoxazole avec 15 cas (17,9%). Le taux de décès était de 22,6% (19 patients) dont 13 cas (68,42%) de syndrome de Lyell et 6 cas (31,58%) de syndrome Stevens Johnson.

Conclusion : L'automédication est une pratique qui augmente l'incidence des toxidermies à Abidjan.

Mots-clés : automédication - toxidermie - Afrique - Côte d'Ivoire

ABSTRACT

SELF-MEDICATION AND BULLOUS DRUG ERUPTIONS IN ABIDJAN: EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND EVOLUTIONARY ASPECT

Objective: This study was conducted to describe the epidemiological, clinical and evolutionary characteristics of bullous drug reactions in patients who had used self-medication.

Materials and Methods: It is a descriptive retrospective cross study. It took place from 01 September 2004 to 31 August 2014 to Department of Dermatology at the University teaching Hospital of Treichville (Abidjan). Were included all patients who used self-medication that would have led to a bullous drug eruption and hospitalized during the study period.

Results: during 10 years we identified 191 cases of bullous drug eruption hospitalized to Department of Dermatology at the University teaching Hospital of Treichville. Eighty-four patients have resorted to self-medication was 44.0%. The average age of these patients was 29.22 years, ranging from 2 to 69 years. There was a female predominance with 56 patients (66.7%). Stevens Johnson with 58 cases represented 69.0% of drug eruptions followed by Lyell syndrome with 23 cases (27.4%). Sulfadoxine pyrimethamine was the most incriminate drug with 16 cases (19.1%) followed by cotrimoxazole with 15 cases (17.9%). The death rate was estimated at 22,6% (19 patients), including 13 cases (68.42%) Lyell and 6 cases (31.58%) Stevens Johnson.

Conclusion: Self-medication is a practice that increases the incidence of drug eruptions in Abidjan.

Keywords: self-medication - drug eruption - Africa - Ivory Coast

1. CHU Treichville, Université Félix Houphouët Boigny

Auteur correspondant : Kouassi Yao Isidore, isidore.kouassi@yahoo.fr

INTRODUCTION

L'automédication consiste à se procurer et à consommer un (ou plusieurs) médicament(s) sans l'intervention d'un médecin ni pour le diagnostic, ni pour la prescription, ni pour la surveillance du traitement [1]. En Côte d'Ivoire, particulièrement à Abidjan le phénomène d'automédication prend de l'ampleur à cause de la paupérisation et la vente illicite des médicaments dans la rue. ANGBO et Al. ont trouvé une prévalence de la consommation des médicaments de la rue de 72 % dans une étude menée à Abidjan [2]. Plusieurs effets indésirables peuvent survenir à la suite d'une automédication dont les plus graves sont les toxidermies bulleuses. Le centre de dermatologie du CHU de Treichville est le service de référence de la prise en charge de ces toxidermies graves à Abidjan. Aucune étude n'a été menée chez les patients atteints de toxidermies bulleuses suite à une automédication. Cette étude a été réalisée pour décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des toxidermies bulleuses chez les patients ayant eu recours à une automédication.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

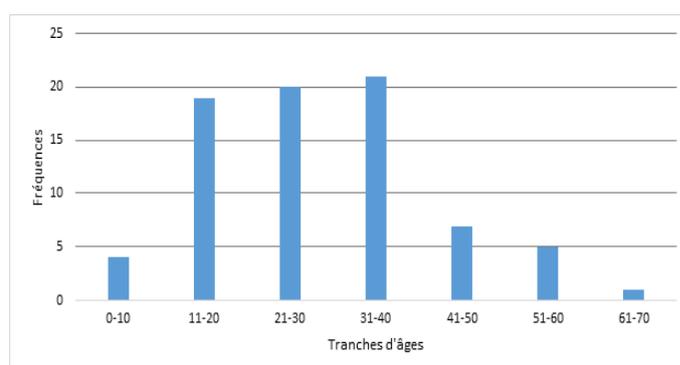
Il s'agit d'une étude transversale rétrospective à visée descriptive. Elle s'est déroulée du 01 septembre 2004 au 31 Août 2014 au centre de dermatologie du CHU de Treichville (Côte d'Ivoire). Ce service est le centre de référence de la prise en charge des toxidermies en Côte d'Ivoire. L'étude a consisté à recenser tous les cas de toxidermie hospitalisés en dermatologie sur cette période. Ont été inclus tous les patients hospitalisés pendant la période d'étude pour une toxidermie bulleuse suite à une automédication. Le diagnostic de toxidermie bulleuse était établi sur la base de la présence de lésions bulleuses cutanéomuqueuses apparues 7 à 21 jours après une prise médicamenteuse. Selon la classification internationale : le syndrome de Stevens Johnson (SSJ) correspondait à une atteinte de la surface corporelle inférieure à 10%, le syndrome de Lyell une atteinte supérieure à 30% et le syndrome de chevauchement une atteinte entre 10 et 30%. L'érythème polymorphe représentait des lésions en cocarde atypiques et l'ectodermose érosive pluriorificielle une atteinte isolée ou très prédominante des muqueuses. La méthode d'imputabilité utilisée était celle préconisée par la pharmacovigilance française. En effet, l'imputabilité d'un médicament repose sur une analyse des données chronologiques et sémiologiques (imputabilité intrinsèque) et sur les données existantes déjà rapportées des effets secondaires du médicament incriminé (imputabilité extrinsèque). N'ont pas été inclus les patients ayant un dossier clinique inexploitable. Les paramètres épidémiologiques, cliniques et évolutifs suivants ont été recherchés : âge, sexe, pro-

fession type de toxidermie, le médicament incriminé, le statut sérologique VIH, la durée d'hospitalisation et l'évolution de la maladie. Les données ont été compilées et analysées avec le logiciel EPI INFO version 3.5.1.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques épidémiologiques

Pendant 10 ans nous avons recensé 191 cas de toxidermie bulleuse hospitalisée en dermatologie au CHU de Treichville. Quarante-quatre patients ont eu recours à une automédication soit 44,0%. La moyenne d'âge de ces patients était de 29,22 ans avec des extrêmes de 2 et 69 ans. La tranche d'âge de 30 à 40 ans était la plus atteinte avec 21 patients (Fig 1).



Il y avait une prédominance féminine avec 56 patientes (66,7%) donnant un sex-ratio (H/F) de 0,50. Soixante-trois patients venaient d'Abidjan et ses banlieues (75%). Les patients sans emploi étaient les plus nombreux avec 48 cas soit 57,14% suivis des patients exerçant dans le secteur informel puis les élèves et étudiants avec respectivement 15 cas (17,85%) et 13 cas (14,45%). Sept patients avaient un antécédent d'allergie médicamenteuse (8,33%). La notion d'atopie personnelle ou familiale a été retrouvée chez 2 patients (2,38%).

2. Caractéristiques cliniques et paracliniques

Le syndrome Stevens Johnson représentait 58 cas soit 69% suivi du syndrome de Lyell avec 23 cas (27,4%) (Tableau I). Les pathologies associées étaient l'hypertension artérielle (2 cas), le diabète (1 cas) la drépanocytose (1 cas).

Tableau I: Répartition des patients selon le type de toxidermie bulleuse

Type de toxidermie bulleuse	Fréquence	Pourcentage
Syndrome de Stevens Johnson	58	69,04%
Syndrome de Lyell	23	27,38%
Syndrome de cheveau- chement	2	2,38%
Ectodermose érosive pluriorificielle	1	1,20%
Total	84	100%

La sulfadoxinepyriméthamine a été le médicament le plus incriminé avec 16 cas (19,1%) suivi du cotrimoxazole avec 15 cas (17,9%). Aucun médicament n'a pu être incriminé dans 28 cas soit 33,4% (Tableau II).

Tableau II : la liste des différents médicaments incriminés

Médicaments en cause	Fréquence	Pourcentage
Sulfadoxine Pyriméthamine	16	19,1%
Cotrimoxazole	15	17,9%
Médicaments Chinois	6	7,1%
Médicaments Traditionnel Afri- cain	5	6,0%
Nivaquine	3	3,6%
Aspirine	2	2,4%
Paracétamol	2	2,4%
Amodiaquine	1	1,2%
Celecoxib	1	1,2%
Amoxicilline Acide Clavulani- que	1	1,2%
Ibuprofène	1	1,2%
Metamizole Sodique	1	1,2%
Acide Niflumique	1	1,2%
Salicilate De Lysine	1	1,2%
Médicaments non identifié	28	33,4%
Total	84	100,0%

Le délai moyen de survenue des premiers signes après la prise médicamenteuse était de 7,21 jours (1-30). La sérologie VIH a été faite chez 15 patients et elle a été positive dans 33,33 % des cas (5 patients) de type VIH 1 chez tous.

3. Caractéristiques évolutives

Des complications ont été notées dans 5 cas (5,95%) et étaient dominées par une pneumopathie dans 3 cas et une synéchie oculaire dans 2 cas. Le taux de décès était estimé à 22,6% (19 patients) dont 13 cas (68,42%) de syndrome de Lyell et 6 cas (31,58%) de syndrome de Stevens Johnson. Les principales

causes de décès étaient la détresse respiratoire et la déshydratation avec 6 cas chacun. La durée moyenne de séjour hospitalier était de 13,17 jours avec des extrêmes de 1 à 121 jours.

DISCUSSION

Dans notre étude près de la moitié des patients (44%) a eu recours à une automédication. Ce taux élevé d'automédication est identique à celui observé au Togo où il était de 44% [3]. Cela pourrait être la conséquence de l'appauvrissement général de la population contrastant avec l'augmentation du coût de la vie, situation aggravée par la crise politique survenue dans le pays depuis septembre 2002. L'existence de nombreux marchés de vente illicite de médicaments de la rue dans les différentes communes d'Abidjan favoriserait ce phénomène en facilitant leur acquisition. En effet selon Angbo et Al [2] 72% de la population d'Adjamé avait recours aux médicaments de la rue. Les pharmaciens ont aussi une part de responsabilité puisque certains médicaments reconnus comme pourvoyeurs de toxidermies (sulfamides) sont servis sans ordonnance. Les sujets jeunes sont les plus atteints avec une moyenne d'âge de 29,22 ans. Ce résultat est semblable à celui de plusieurs auteurs Africains [4, 5,6] qui ont trouvé une moyenne d'âge située dans la tranche de 28 à 30 ans. De plus ces jeunes le plus souvent sans emploi (57,14%) ou exerçant dans le secteur informel (17,85%) ont un revenu financier très faible réduisant leur accès aux structures sanitaires. Soixante-trois patients venaient d'Abidjan et ses banlieues (75%). Ce résultat pourrait traduire une inaccessibilité financière et géographique des ruraux à la structure de référence. Les femmes ont été plus vulnérables dans notre étude (66,6%) comme cela est noté dans certains travaux scientifiques africains [6, 7,8]. Le sexe féminin serait prédisposé à développer des effets indésirables aux médicaments du fait de ses particularités immunologiques, et hormonales [7,9, 10, 11,12]. Le syndrome de Stevens Johnson (69,0 %) et syndrome de Lyell (27,4%) ont été prédominant comme cela a été le cas dans l'étude de SALAMI et Al au Nigeria [13] avec une fréquence respective de 40% et 20%. Le pronostic vital est alourdi, dans notre pays par les capacités d'accueil restreintes des services de réanimation, le retard de consultation et la comorbidité d'autres pathologies comme l'infection à VIH. Contrairement à notre étude, le dépistage du virus devrait être systématique du fait que l'immuno-dépression favorise les réactions médicamenteuses et [4, 6, 12, 13,14]. Dans ce contexte un counseling et un dépistage sérologique du VIH devaient être systématiquement pratiqué chez tous les patients atteints de toxidermies. Dans notre étude le taux de dépistage VIH de nos patients était de 17,85% avec une séroprévalence de 33,33 %. Ce taux de dépistage est très faible. Il doit être amélioré car ces dé-

piستages sont le plus souvent des circonstances de découverte du VIH. Plusieurs médicaments de différentes classes ont été incriminés à travers plusieurs études et la grande famille des antibiotiques a été la plus mise en cause [4,7, 8, 15]. Dans notre étude, La sulfadoxinepyriméthamine (SP) a été le médicament le plus incriminé avec 19,1% suivi du cotrimoxazole avec 17,9%. La SP est exclusivement réservée à la prévention du paludisme chez la femme enceinte. Cependant son faible coût et sa prise unique justifient l'utilisation fréquente de ce médicament par les ivoiriens pour traiter toutes les fièvres considérées comme un paludisme. Les médicaments chinois et les médicaments traditionnels africains occupent une part non moins importante parmi les médicaments incriminés avec respectivement 7,1 et 6% des médicaments retrouvés. Ils ont été incriminés après avoir appliqué tous les critères d'imputabilité intrinsèque et extrinsèque et surtout sans notion de prise d'autres médicaments conventionnels. La difficulté dans notre contexte demeure la recherche des dénominations communes internationales (DCI) des médicaments chinois et les noms scientifiques des plantes traditionnelles. En effet la plupart des médicaments chinois sont sans étiquettes et celles qui existent sont écrites en chinois. Quant aux médicaments traditionnels africains, ils se présentent sous la forme de solution ou de poudre issue de l'association de plusieurs plantes dont les utilisateurs ignorent le plus souvent leurs compositions et leurs noms. Ces substances ne pouvant être retirées exposent donc ces patients à des récurrences souvent fatales. Le taux de décès global était de 22,6% dont 68,42% de Lyell et 31,58% de Stevens Johnson. Ces résultats concordent avec ceux de certains auteurs africains dont le taux de décès global était de 20% [13] et 28,5% [16]. Ces taux sont semblables à ceux trouvés en début des années 1980 en France mais la mise en place des mesures de réanimation précoce a permis d'avoir des taux de décès plus faibles de nos jours [17]. Au Japon de 1981 à 1997 la mortalité au cours du syndrome de Lyell est passée de 21,6% à 6,2% et celle du syndrome de Stevens Johnson de 6,3% à 1,9% [18]. Cette amélioration serait due à l'introduction d'une forte dose de corticothérapie dans les protocoles de traitement. Cependant cette attitude thérapeutique ne fait pas l'unanimité car certains auteurs soutiennent que l'utilisation de la corticothérapie au cours des toxidermies augmenterait la mortalité par le biais de l'émergence des infections sévères [19]. La détresse respiratoire et la déshydratation aiguë sont les principales causes de décès dans notre étude. Ce même constat a été fait en réanimation au Bénin [16].

CONCLUSION

Les toxidermies bulleuses survenant à la suite d'une automédication constituent la part évitable des effets

indésirables majeurs des médicaments. Notre étude a révélé une fréquence élevée de l'automédication au cours des toxidermies. Elles atteignent les sujets jeunes de sexe féminin utilisant le plus souvent les sulfamides, les médicaments chinois et médicaments traditionnels africains. La mortalité est élevée et les survivants sont exposés à de nombreuses récurrences du fait des difficultés que les médecins éprouvent à retrouver les molécules incriminées.

CONFLIT D'INTÉRÊT.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. MONTASTRUC J. L, BAGHERI H., GERAUD T., LAPEYRE-MESTRE M. Pharmacovigilance de l'automédication. *Thérapie* 1997 ; 52(2) : 93-154
2. ANGBO-EFFI K.O, KOUASSI D P, GNISSAN H A, DOUBA A, SECKI R, KADJO A. Facteurs déterminant la consommation des médicaments de la rue en milieu urbain. *Santé Publique* 2011 ; 6(23) : 455-64.
3. MOUHARI-T A, KOMBATE K, SAKA B, AKAKPO S, BOUKARI, PITCHÉ P, TCHANGAÏ-WALLA K. L'automédication au cours des affections dermatologiques à Lomé. *Médecine tropicale* 2010 ; 70(3) :303-4
4. PITCHÉ P, PADONOU CS, KOMBATE K, T MOUZOU, TCHANGAI-WALLA K. Syndrome de Stevens-Johnson et syndrome de Lyell à Lomé (Togo). Profils évolutifs et étiologiques de 40 cas. *Ann DermatolVenereol.* 2005; 132 (6-7):531-4.
5. KONARÉ HD, CISSÉ IA, OUMAR AA and Al. toxidermie médicamenteuse en milieu hospitalier à Bamako. *Mali medical* 2012; xxvii (1): 57-61
6. BONI S, GBE K, KOUASSI K L, TOURE-KONAN M, KALOGA M, COULIBALY F, FANNY A. Les atteintes oculaires de la nécrolyse épidermique toxique au CHU de Treichville. *Médecine d'Afrique noire* 2010 ; 57(8-9) : 401-6.
7. CHAABANE A, AOUAM K., H. BELHADJALI, NA. BOUGHATTAS, M. CHAKROUN. Les effets indésirables médicamenteux : expérience de l'unité de pharmacovigilance de monastir. *RevTunInfectiol* 2009 ; 3(1), 6 – 14.
8. BOUSSOFARA L, MAALAOUI H, MEBAZAA A, GHARIANI N, DENGUEZLI MOHAMED, B C ET AL. Le syndrome de Lyell : a propos de 16 observations. *Tunisie médicale* 2007 ; 85(9) : 801-5.
9. HERNANDEZ-SALAZAR A, ROSALES SP, RANGEL-FRAUSTO S, CRIOLLO E, ARCHER-DUBON C, OROZCO-TOPETE R. Epidemiology of Adverse Cutaneous Drug Reactions. A Prospective Study in Hospitalized Patients. *Arch Med Research* 2006; 37: 899-902.
10. BOUSQUET PJ, DEMOLY P. Une synthèse sur l'épidémiologie des hypersensibilités médicamenteuses. *Rev FrAllergoImmunol* 2005; 45: 626-32.
11. ALEXOPOULOU A. Adverse drug reactions as a cause of hospital admissions: A 6-month experience in a single center in Greece. *Eur J Intern Med* 2008 ; 52 :124-9
12. SAKA B, KOMBATE B, K, MOUHARI-TOURE A, AKAKPO S, TCHANGAÏ-WALLA K, PITCHÉ P. Syndrome de Stevens-Johnson et syndrome de Lyell dans un hôpital d'enseignement à Lomé, au Togo: étude rétrospective de

89 cas. Med Trop 2010; 70 (3) :255-8.

13. SALAMI TA, ASALU AF, SAMUEL SO. Prevalence of cutaneous drug eruptions in adult Nigerians with HIV/AIDS. Niger postgrad Med J 2010; 17(2):160-3.

14. TODD G. Adverse cutaneous drug eruptions and HIV: a clinician's global perspective. DermatolClin 2006; 24(4):459-72.

15. BIGBY M, JICK S, JICK H, ARNDT KA. Drug-induced cutaneous reactions. A report from the Boston Collaborative Drug Surveillance Program on 15, 438 consecutive inpatients, 1975-82. JAMA 1986; 256: 335-63.

16. AGUÈMONA R., HOUNGBÉB F., YAMÉOGOB T.M., TCHAOUA B., MADOUGOUC S AND AL. Nécrolyseépidermique toxique. Revue des cas observés dans le service de réanimation du centre national hospitalier et universitaire de Cotonou. Annales Française d'Anesthésie et de réanimation 2006 ; 25(5) : 505-9

17. SAÏAG P, ROUJEAU, J.C, Touraine R. Syndrome de Lyell. Rev Prat (Paris) 1988 ; 38 (23): 1617-22.

18. YUMIKO Y, MICHIKO A, ZENRO I. Analysis of Stevens - Johnson syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis in Japan from 2000 to 2006. Allergology International. 2007;56:419-25

19. KIM PS, GOLDFARB IW, GAISFORD JC ET AL. Stevens Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: A pathophysiologic review with recommendations for a treatment protocol. J. Burn. Care Rehabil. 1983; 4:91-100.