

Entre auto-immunité et hypersensibilité : un cas de polyallergie médicamenteuse au cours du syndrome de Sjögren

- Rihèm, BOUKHZAR, Résidente, Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie.
- Ibrahim, ARBAOUI, Assistant, Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie
- Mehdi, SOMAI, MCA, Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie
- Fatma, DAOUD, MCA, Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie
- Besma, BEN DHAOU, Professeure, Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie
- Fatma, BOUSSEMA, Professeure, Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie
- Imène, RACHDI, MCA, Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie
- Zohra, AYDI, MCA, Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

Introduction:

Une prédisposition accrue aux réactions d'hypersensibilité médicamenteuse a été décrite au cours du syndrome de Sjögren (SS) en raison d'un système immunitaire déjà dysfonctionnel. Les réactions médicamenteuses dans ce contexte peuvent être graves et nécessitent une attention particulière pour l'identification précoce et la gestion des traitements.

Nous en rapportons un cas illustratif.

Observation:

Il s'agissait d'une patiente âgée de 51 ans, suivie en médecine interne pour un syndrome de Sjögren associé à une thyroïdite auto immune. Le syndrome de Sjögren a été retenu devant un syndrome sec oculaire et buccal subjectif, une sécheresse oculaire compliquée d'une kératite ponctuée superficielle bilatérale à l'examen ophtalmologique, la positivité des anticorps anti SSA et une sialadénite lymphocytaire stade IV. Elle était traitée par des larmes artificielles.

Dans ses antécédents, on notait un syndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) aux antituberculeux survenu trois semaines après le démarrage du traitement sous la forme combinée pour une tuberculose ganglionnaire. C'était une toxidermie sévère nécessitant une hospitalisation pendant dix jours en dermatologie. L'enquête de pharmacovigilance a confirmé l'imputabilité des antituberculeux. La patiente a rapporté aussi qu'elle avait une allergie au cotrimoxazole. Ce traitement a été prescrit pour une infection urinaire suite auquel elle a présenté un œdème généralisé au bout de cinq jours. L'enquête de pharmacovigilance a plaidé en faveur du rôle du cotrimoxazole d'où l'arrêt définitif du traitement. Au cours de son suivi, la patiente a présenté une protéinurie. Elle a été hospitalisée dans notre service pour prise en charge d'une atteinte rénale glomérulaire en rapport avec son SS. Elle a été traitée par un néphroprotecteur de type inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC). Sept jours après la première prise du traitement, elle a présenté une éruption cutanée généralisée intéressant tout le corps d'aggravation rapide. A l'examen, elle n'avait pas de fièvre ni viscéromégalie.

A la biologie, on notait une hyperéosinophilie modérée à 760/uL. Notre conduite était d'arrêter le traitement et de la mettre sous des antihistaminiques. L'évolution était favorable au bout de 48 heures.

Discussion:

Les patients atteints du syndrome de Sjögren présentent une prévalence plus élevée d'allergies médicamenteuses par rapport à ceux atteints d'autres maladies auto-immunes, telles que la polyarthrite rhumatoïde [1]. Le mécanisme impliquerait une combinaison de dysrégulation immunitaire, de sensibilisation accrue aux médicaments, d'une hyperactivation des cellules inflammatoires et de facteurs génétiques et environnementaux. Notre patiente suivie pour un syndrome de Sjögren a présenté une allergie à plusieurs médicaments (antituberculeux, cotrimoxazole et IEC) ce qui rend la prise en charge difficile et complexe.

Conclusion

Compte tenu du risque élevé d'allergies médicamenteuses, une surveillance à l'introduction d'un nouveau traitement chez les patients atteints du syndrome de Sjögren s'impose.

