

critères histopathologiques de l'hyperkératose épidermolytique définis par Ackerman [14], associant une vacuolisation périnucléaire des kératinocytes des couches épineuse et granuleuse, un aspect réticulé de l'épiderme, une formation de grains de kératohyaline de grande taille et de forme irrégulière, une hyperkératose compacte et une acanthose. Ces critères histologiques sont également présents dans l'érythrodermie ichtyosiforme congénitale bulleuse, l'hamartome épidermolytique linéaire et l'hyperkératose palmoplantaire épidermolytique. L'AE se distingue aussi de l'acanthome acantholytique par l'absence d'acantholyse en histologie [15].

La microscopie électronique met en évidence une altération des tonofilaments intracytoplasmiques et une préservation des desmosomes. La physiopathologie des AE disséminés est incertaine. La recherche de papillomavirus au cours de cette affection est constamment négative [16]. Le rôle de mutations acquises des gènes codant les kératines 1 et 10, synthétisées par les kératinocytes suprabasaux lors de la différenciation épidermique, a été évoqué. Ces mutations pourraient être induites par les ultraviolets à la suite d'une photoexposition intense, comme dans notre observation, ou lors d'une PUVAthérapie [5], dans un contexte d'immunosuppression postgreffe ou de traumatismes physiques répétés [9,10]. La prise en charge thérapeutique de l'AE disséminé n'est pas codifiée, mais l'utilisation de l'imiquimod a permis quelques améliorations en cas de localisation génitale [12].

Conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt.

Références

- [1] Shapiro L, Baraf CS. Isolated epidermolytic acanthoma. A solitary tumor showing granular degeneration. *Arch Dermatol* 1970;101:220–3.
- [2] Hirone T, Fukushiro R. Disseminated epidermolytic acanthoma. Nonsystematized multiple verrucoid lesions showing granular degeneration. *Acta Derm Venereol* 1973;53:393–402.
- [3] Miyamoto Y, Ueda K, Sato M, Yasuno H. Disseminated epidermolytic acanthoma. *J Cutan Pathol* 1979;6:272–9.
- [4] Shimizu H, Kimura S. Disseminated epidermolytic acanthoma. *Hifuka No Rinsho* 1981;35:1061–5.
- [5] Nakagawa T, Nishimoto M, Takaiwa T. Disseminated epidermolytic acanthoma revealed by PUVA. *Dermatologica* 1986;173:150–3.
- [6] Knipper JE, Hud JA, Cockerell CJ. Disseminated epidermolytic acanthoma. *Am J Dermatopathol* 1993;15:70–2.
- [7] Chun SI, Lee JS, Kim NS, Park KD. Disseminated epidermolytic acanthoma with disseminated superficial porokeratosis and verruca vulgaris in an immunosuppressed patient. *J Dermatol* 1995;22:690–2.
- [8] Metzler G, Sönnichsen K. Disseminated epidermolytic acanthoma. *Hautarzt* 1997;48:740–2.
- [9] Sánchez-Carpintero I, España A, Idoate MA. Disseminated epidermolytic acanthoma probably related to trauma. *Br J Dermatol* 1999;141:728–30.
- [10] Banky JP, Turner RJ, Hollowood K. Multiple scrotal epidermolytic acanthomas; secondary to trauma? *Clin Exp Dermatol* 2004;29:489–91.
- [11] Reguiaï Z, Cribier B, Derancourt C, Perceau G, Bernard P. Multiple spreading epidermolytic acanthomas of the genital and perigenital skin. *Dermatology* 2005;211:152–4.
- [12] Jang BS, Jang HS, Park HJ, Kim MB, Oh CK, Kwon KS. Multiple scrotal epidermolytic acanthomas successfully treated with topical imiquimod. *J Dermatol* 2007;34:267–9.
- [13] Kukreja T, Krunic A. Multiple epidermolytic acanthomas must not be confused with genital human papillomavirus infection. *Acta Derm Venereol* 2009;89:169–71.
- [14] Ackerman AB. Histopathologic concept of epidermolytic hyperkeratosis. *Arch Dermatol* 1970;102:253–9.
- [15] Brownstein MH. Acantholytic acanthoma. *J Am Acad Dermatol* 1988;19:783–6.
- [16] Leonardi C, Zhu W, Kinsey W, Penneys NS. Epidermolytic acanthoma does not contain human papillomavirus DNA. *J Cutan Pathol* 1991;18:103–5.

G. Maury^a, C. Girard^a, L. Durand^b,
C. Valembois^c, B. Guillot^a, D. Bessis^{a,*}
^a Service de dermatologie, hôpital Saint-Éloi,
CHU de Montpellier, université Montpellier-1,
80 avenue A.-Fliche, 34295 Montpellier cedex 5,
France
^b Service d'anatomopathologie,
hôpital Gui-de-Chauliac, CHU de Montpellier,
34295 Montpellier, France
^c Cabinet de dermatologie,
11100 Narbonne, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : d-bessis@chu-montpellier.fr
(D. Bessis).

Reçu le 29 novembre 2009 ;
accepté le 29 mars 2010

Disponible sur Internet le 4 juin 2010

doi:10.1016/j.annder.2010.03.028

Réaction d'hypersensibilité avec angio-œdème après détatouage par le laser Nd:YAG

Hypersensitivity with angioedema after treatment of a tattoo with Nd:YAG laser

Plusieurs modalités, mécanique, chirurgicale et dernièrement thermique (par les lasers) ont été utilisées pour le détatouage [1]. Les lasers en mode impulsif déclenché (*Q-switched*) présentent plusieurs avantages. Cependant, des complications ont été décrites : purpura, brûlures, infections, hypo- et hyperpigmentations, troubles de cicatrisation, chéloïdes et réactions eczématiformes [1–3]. Nous rapportons un cas d'urticaire aiguë généralisée avec angio-œdème compliquant chaque séance de détatouage par le laser Nd:Yag *Q-switched*.

Observation

Une femme de 32 ans était adressée pour une réaction urticarienne survenant après détatouage par laser. La patiente n'avait pas d'antécédent allergique particulier. Elle s'était fait tatouer, huit ans auparavant, un dessin de couleur bleue et rouge à l'épaule gauche. Pour des raisons esthétiques, elle avait subi récemment trois séances de détatouage à deux mois d'intervalle par le laser Nd:Yag *Q-switched* (Medlite C6 Hoya Conbio®). Vingt-quatre heures après chaque

séance, elle avait développé une urticaire aiguë fugace et généralisée incluant la zone de détatouage, avec un angio-œdème prenant les lèvres et une dyspnée témoignant d'une probable atteinte laryngée. Le traitement par laser avait été effectué chaque fois sans anesthésie locale ni générale et n'avait donné lieu à aucune pré- ou post-médication orale ni à aucune application topique avant ou après les séances.

Après l'introduction d'une corticothérapie orale courte et d'un traitement anti-histaminique oral de nouvelle génération, la réaction urticarienne disparaissait en 36 heures. Aucune exploration allergique n'était entreprise. La malade décidait de suspendre les procédures laser avant l'effacement complet du tatouage.

Discussion

La responsabilité du détatouage paraît hautement probable dans la survenue des réactions anaphylactiques de cette patiente, d'autant qu'aucune autre cause n'a été retrouvée.

On a décrit dans la littérature des réactions allergiques immédiates [4] et retardées [5] faisant suite à des traitements de détatouage par laser. Les pigments rouges sont les plus impliqués dans les réactions allergiques et induisent une réaction locale prurigineuse et œdémateuse [6]. Même en l'absence de phénomène allergique patent, les pigments de cette couleur utilisés pour le tatouage seraient mieux reconnus par le système immunitaire et auraient tendance à disparaître plus précocement [6]. Cependant, des pigments de toutes les couleurs peuvent être impliqués.

Le détatouage par le laser Nd:Yag *Q-switched*, aux longueurs d'onde 532 et 1064 nm et à durée de pulsion de 10 à 20 ns, a l'avantage d'éliminer les tatouages de couleurs bleue, noire, verte, rouge et jaune [1]. La livraison très rapide d'énergie permet, par le phénomène de photothermolyse, la dissociation des molécules et la mort des cellules contenant le pigment [1]. Ce phénomène stimule la phagocytose et le drainage lymphatique des fragments des particules pigmentaires [7]. Ainsi, les particules qui arrivent dans le système lymphatique pourraient devenir antigéniques et déclencher une réaction urticarienne.

Les patients à risque sont ceux qui présentent une réaction d'hypersensibilité préexistante [6]. Ce phénomène est rarement décrit dans la littérature [4]. La survenue d'un angio-œdème concomitant aux réactions urticariennes nécessite, comme chez notre patiente, un traitement médical intensif.

Conflit d'intérêt

Pas de conflit d'intérêt.

Références

- [1] Burris K, Kim K. Tattoo removal. *Clin Dermatol* 2007;25:388–92.
- [2] Handley J. Adverse events associated with nonablative cutaneous visible and infrared laser treatment. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:482–9.
- [3] Zemtsov A, Wilson L. CO₂ laser treatment causes local tattoo allergic reaction to become generalized. *Acta Dermatol Venerol* 1997;77:497.
- [4] England RW, Vogel P, Hagan L. Immediate cutaneous hypersensitivity after treatment of tattoo with Nd:YAG laser: a case report and review of the literature. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002;89:215–7.
- [5] Ashinoff R, Levine VJ, Soter NA. Allergic reactions to tattoo pigment after laser treatment. *Dermatol Surg* 1995;21:291–4.
- [6] Bernstein EF. Laser treatment of tattoos. *Clin Dermatol* 2006;24:43–55.
- [7] Kuperman-Beadle M, Levine VJ, Ashinoff R. Laser removal of tattoos. *Am J Clin Dermatol* 2001;2:21–5.

F. Stephan*, R. Moutran, R. Tomb
Département de dermatologie, Hôtel-Dieu de France, BP 16-6830, Achrafieh, Beyrouth, Liban

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : faridstephan@hotmail.com

(F. Stephan).

Reçu le 5 février 2010 ; accepté le 28 avril 2010

Disponible sur Internet le 9 juin 2010

doi:10.1016/j.annder.2010.04.010