

PSORIASIS PUSTULEUX GENERALISE INAUGURAL DECLENCHE PAR UNE SEPTICEMIE A *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*

GENERALIZED PUSTULAR PSORIASIS ACTIVATED BY *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* SEPTICAEMIA

A. Hawilo¹, A. Mebazaa¹,
R. Abdelmalek², R. Cheikhrouhou¹,
H. Moula¹, H. Zribi¹, S. Trojjet¹,
I. Zaraa¹, D. El Euch¹, M. Mokni¹,
T. Ben Chaabane², A. Ben Osman¹

1- Service de Dermatologie. Hôpital la Rabta, Tunis. Tunisie

2- Service de Maladies Infectieuses. Hôpital la Rabta, Tunis.Tunisie

Correspondance :

Dr Amel Mebazaa
Service de Dermatologie
Hôpital La Rabta. Jabbari 1007,
Tunis-Tunisie
Email: amebazaa@yahoo.fr

Article reçu le 2/05/2010, accepté le 29/11 2010.

Résumé :

Introduction : Le psoriasis pustuleux généralisé est une forme sévère de psoriasis. La poussée pustuleuse complique le plus souvent un psoriasis commun connu, suite à une prise médicamenteuse ou à une infection, ou exceptionnellement, peut inaugurer la maladie psoriasique. Nous rapportons le cas d'un psoriasis pustuleux généralisé déclenché par une septicémie à Klebsiella pneumoniae et discutons les particularités de cette association.

Observation : Homme de 43 ans était hospitalisé pour une éruption pustuleuse profuse évoluant depuis une semaine dans un contexte d'altération de l'état général, de fièvre et de diarrhée liquidienne. Le patient rapportait l'ingestion d'un sandwich au thon 48 heures avant le début des symptômes. La biologie notait une hyperleucocytose, une cytolysé hépatique et une CRP élevée. L'histologie cutanée était en faveur d'un psoriasis pustuleux. Trois hémocultures, une coproculture et une culture sur cathéter étaient positives à Klebsiella pneumoniae. Le patient a bénéficié d'une antibiothérapie. Le psoriasis pustuleux était traité par acitrétine. L'évolution était progressivement favorable.

Conclusion : Le psoriasis pustuleux généralisé est une affection rare et potentiellement grave. Son pronostic est conditionné par les complications notamment infectieuses.

Mots clés : Psoriasis, pustuleux, Zambush, septicémie, Klebsiella pneumoniae.

Abstract:

Background : Generalized pustular psoriasis is a severe form of psoriasis. The pustular dermatosis complicates a known psoriasis frequently after a medicinal taking or infection. It exceptionally inaugurates the psoriatic disease. We report a case of generalized pustular psoriasis triggered by Klebsiella pneumoniae septicaemia and discuss the characteristics of this association.

Case report : A 43-year-old man, was hospitalized for a profuse pustular eruption evolving for one week with altered general state, fever and liquid diarrhoea. The patient ate a tuna sandwich 48 hours prior to the onset of symptoms. The Biology showed a hyperleucocytosis, elevated C Reactive Protein and hepatic cytolysis. The skin histology demonstrated a pustular psoriasis. Three blood samples, a coproculture and a catheter culture showed Klebsiella pneumoniae. The patient was treated with antibiotics. The pustular psoriasis was treated by acitretin. The evolution was gradually favourable.

Conclusion : Generalized pustular psoriasis is a rare and severe affection. Its prognosis is mainly conditioned by infectious complications.

Key words : Psoriasis, pustular, Zambush, septicaemia, Klebsiella pneumonia.

INTRODUCTION

Le psoriasis pustuleux généralisé (type Zumbusch) est une pustulose amicrobienne, considérée comme une forme sévère de psoriasis, relativement rare [1-3]. Ses circonstances d'apparition sont variables. La poussée pustuleuse peut survenir sur un psoriasis commun connu à la suite d'une prise médicamenteuse ou d'une infection et apparaître alors comme une complication, ou inaugurer de façon plus exceptionnelle la maladie psoriasique [2].

Nous rapportons une observation d'un psoriasis pustuleux généralisé inaugural déclenché par une septicémie à *Klebsiella pneumoniae*.

OBSERVATION

Un homme de 43 ans, aux antécédents de polyarthralgies fugaces non étiquetées, traitées par prednisone 10 mg/j et salazopyrine 2 g/j depuis 2 ans, était hospitalisé en dermatologie pour une éruption érythémato-pustuleuse du visage, du tronc et des membres évoluant depuis une semaine dans un contexte d'altération de l'état général, de fièvre non chiffrée et de diarrhée liquidienne. Aucune prise médicamenteuse récente ou voyage en zone tropicale n'étaient rapportés. Cependant, le patient signalait l'ingestion d'un sandwich au thon 48 heures avant le début des symptômes.

L'examen notait une altération importante de l'état général avec une température à 40,7°C et une asthénie profonde. L'examen cutané avait montré une éruption érythémato-pustuleuse généralisée faite de larges placards érythémato-œdémateux, peu squameux parsemés de pustules de petite taille, de couleur blanc laiteux, intéressant tout le tégument avec peu d'espaces de peau saine (photos 1 et 2).



Figure 1 : Eruption érythémato-pustuleuse généralisée du tronc et des membres avec peu d'espaces de peau saine.

Figure 1 : Rash erythematous, generalized pustular trunk and limbs with few areas of healthy skin.



Figure 2 : Pustules blanc laiteux de petite taille reposant sur une peau érythémato-œdémateuse.

Figure 2 : Milky white pustules on size based on an erythematous-edematous skin.

Les muqueuses génitales et buccales étaient épargnées. Il existait un état squameux diffus du cuir chevelu sans alopecie. Les ongles des mains et des pieds étaient sains. Le reste de l'examen somatique était normal. A la biologie, il existait une hyperleucocytose à 35000/mm³ avec prédominance de polynucléaires neutrophiles (20000/mm³), une C réactive protéine à 112 mg/l et une cytolysé hépatique (ASAT : 185 UI/l, ALAT : 147 UI/l). Les sérologies des hépatites B, C et VIH étaient négatives. Un toxic shock syndrom à *Staphylococcus aureus* était initialement évoqué et le patient était traité par ofloxacine, 400 mg/j et gentamicine, 160 mg/j. Ultérieurement, 3 hémocultures et une coproculture se sont révélées positives à *Klebsiella pneumoniae*. La bactérie était en culture abondante au niveau des selles. Une septicémie à ce même germe à porte d'entrée digestive était retenue et la même antibiothérapie était maintenue. L'histologie cutanée avait montré un aspect caractéristique de pustule spongiforme de Kogöj-La Pierre dans les couches superficielles du corps muqueux, aspect très évocateur de psoriasis pustuleux. Devant la persistance de signes de sepsis (fièvre oscillante et hypovolémie) pendant 4 jours, une triple antibiothérapie associant céfotaxime, ofloxacine et métronidazole était introduite. L'évolution était marquée par la détérioration rapide de l'état général avec la survenue d'un choc septique nécessitant le transfert du malade au service de réanimation médicale. Le malade a alors bénéficié de drogue inotrope positive (noradrénaline) et d'une bithérapie à base d'imipénème et amikacine pendant 10 jours. Le psoriasis pustuleux était traité par acitrétine à la dose de 10 mg/j. Dès le contrôle de l'infection, le patient a favorablement évolué. En quelques jours, les pustules se sont asséchées, avec desquamation en larges lambeaux et évolution progressivement favorable.

DISCUSSION

Le psoriasis pustuleux généralisé (type Zumbusch) constitue une forme très rare et sévère de psoriasis, survenant habituellement après l'arrêt d'une corticothérapie systémique

ou plus rarement après prise médicamenteuse (sels de lithium, bêtabloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, interféron alpha...) ou après une infection [1-3]. La pathogénie du psoriasis pustuleux reste mal connue [1]. Chez l'adulte, en l'absence de toute infection, l'inflammation provoque un afflux de leucocytes, en particulier, de polynucléaires neutrophiles qui forment des pustules blanches aseptiques [1]. Le rôle déclencheur des infections bactériennes ou virales est notamment mis en évidence chez l'enfant [4]. Le streptocoque du groupe A paraît être le germe le plus souvent en cause suivi par *Staphylococcus aureus* [5, 6]. *Klebsiella pneumoniae* est une entérobactérie commensale, isolée de l'environnement et de la flore fécale de l'homme et des animaux, incriminée dans un spectre large d'infections aussi bien communautaires que nosocomiales [7]. Chez notre patient, le tableau clinique était brutal avec la survenue une semaine avant son admission, d'une diarrhée liquidienne et d'une éruption érythémato-pustuleuse généralisée, dans un contexte d'altération de l'état général et de fièvre à 40°C. Une réaction toxi-médicamenteuse était suspectée mais rapidement éliminée devant l'absence de prise médicamenteuse récente. De plus, devant les signes de sepsis associés à une éruption cutanée généralisée, le tableau clinique cadrait bien avec une infection bactérienne, en particulier, le toxic shock syndrom lié au staphylocoque. L'éruption pustuleuse généralisée évoquait, par ailleurs, un psoriasis pustuleux généralisé ou une localisation cutanée de sa septicémie. L'histologie cutanée avait montré une image caractéristique de la pustule spongiforme multiloculaire aseptique de Kogøj-Lapierre siégeant dans les couches superficielles du corps muqueux de Malpighi [2]. De plus, les prélèvements bactériologiques cutanés étaient négatifs. L'infection à *Klebsiella pneumoniae* semble donc être le facteur déclenchant et inaugural du psoriasis pustuleux généralisé chez notre malade. L'évolution favorable sous antibiothérapie adaptée et rétinoïdes systémiques conforte le diagnostic de psoriasis pustuleux induit par l'infection.

Le psoriasis pustuleux généralisé (type Zumbusch) est en lui-même une pathologie grave pouvant menacer le pronostic vital de part les complications métaboliques et infectieuses [3, 8]. Cependant, le pronostic de ce type particulier de psoriasis s'est nettement amélioré par les rétinoïdes systémiques [9, 10]. C'est en effet le traitement de choix de cette pustulose amicrobienne.

En cas d'échec ou de contre-indication, le méthotrexate voire les anti-TNF constituent une alternative thérapeutique intéressante [10, 11].

CONCLUSION

Le psoriasis pustuleux généralisé (type Zumbusch) est une affection rare et grave, à ne pas méconnaître. Dans notre cas, le psoriasis a été induit par une septicémie à *Klebsiella pneumoniae* à porte d'entrée digestive.

Références

- 1- Krueger JG, Bowcock A. Psoriasis pathophysiology : current concepts of pathogenesis. *Ann Rheum Dis* 2005 ; 64 (Suppl 2) : ii 30-6
- 2- Naldi L. Psoriasis. *Dermatol Clin* 1995 ; 13 : 635-47.
- 3- Brenner M, Molin S, Ruebsam K, Weisenseel P, Ruzicka T, Prinz JC. Generalized pustular psoriasis induced by systemic glucocorticosteroids: four cases and recommendations for treatment. *Br J Dermatol* 2009 ; 161 : 964-6.
- 4- Zelickson BD, Muller SA. Generalized pustular psoriasis in childhood. Report of thirteen cases. *J Am Acad Dermatol* 1991 ; 24 : 186-94.
- 5- Besgen P, Trommler P, Vollmer S, Prinz JC, Ezrin, Maspin, Peroxiredoxin 2, and Heat Shock Protein 27 : Potential targets of a streptococcal-induced autoimmune response in psoriasis. *J Immunol* 2010 ; 184 : 5392-402.
- 6- Cassandra M, Conte E, Cortez B. Childhood pustular psoriasis elicited by the streptococcal antigen: a case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol* 2003 ; 20 : 506-10.
- 7- Podschun R, Ullmann U. *Klebsiella* spp. as nosocomial pathogens: epidemiology, taxonomy, typing methods, and pathogenicity factors. *Clin Microbiol Rev* 1998 ; 11 : 589-603.
- 8- Gelfand JM, Troxel AB, Lewis JD, et al. The risk of mortality in patients with psoriasis: results from a population-based study. *Arch Dermatol* 2007 ; 143:1493-9.
- 9- Lee CS, Koo J. A review of acitretin, a systemic retinoid for the treatment of psoriasis. *Expert Opin Pharmacother* 2005 ; 6 : 1725-34.
- 10- Umezawa Y, Ozawa A, Kawasima T, et al. Therapeutic guidelines for the treatment of generalized pustular psoriasis (GPP) based on a proposed classification of disease severity. *Arch Dermatol Res* 2003 ; 295 (Suppl 1) : S43-54.
- 11- Puig L. Efficacy of treatment with infliximab in patients with moderate-severe psoriasis and high needs of therapy. A retrospective study of 43 patients. *Actas Dermosifiliogr* 2008 ; 99 (Suppl 4) : 30-5.