

Images in medicine

Syndrome de Nicolau compliquant une injection intramusculaire de benzathine penicilline

Sarra Benmiloud^{1,&}, Moustapha Hida¹

¹Service de pédiatrie, Hôpital Mère-enfant, CHU Hassan II - Fès, Maroc

⁸Corresponding author: Dr Sarra Benmiloud, Service de Pédiatrie, Hôpital Mère-Enfant, CHU Hassan II - Fès, 30000, Maroc

Key words: Syndrome de nicolau, injection, benzathine penicilline

Received: 21/05/2014 - Accepted: 24/05/2014 - Published: 30/05/2014

Pan African Medical Journal. 2014; 18:105 doi:10.11604/pamj.2014.18.105.4652

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/18/105/full/>

© Sarra Benmiloud et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Image en médecine

Il s'agit d'une fille âgée de 6 ans, suivie pour un rhumatisme articulaire aigu, mise sous benzathine-pénicilline toutes les 3 semaines, ayant présenté immédiatement après l'injection intramusculaire de benzathine-pénicilline une douleur intense de la fesse gauche, suivie 30 minutes plus tard par l'apparition d'une macule rouge violacée étendue au niveau de la fesse gauche associée à un rash cutané lividoïde au niveau du membre inférieur homolatéral. La prise en charge était basée sur un traitement antalgique (paracétamol) et l'administration sous cutané d'héparine de bas poids moléculaire. L'évolution était favorable après 10 jours. Le diagnostic retenu est celui d'un syndrome de Nicolau, ou dermite livedoïde, ou embolia cutis medicamentosa, qui est une complication rare et sévère des injections intramusculaires. Rarement, il peut compliquer une injection intra-articulaire, intraveineuse ou sous-cutanée. Son mécanisme est mal élucidé. On suggère des mécanismes vasculaires prépondérants à type de vasospasme, de thrombose artérielle et d'embolie, un traumatisme direct par l'aiguille d'injection ou une compression péri-vasculaire par le volume injecté. Cliniquement, le patient présente une douleur intense immédiatement après l'injection, suivie par l'apparition des lésions maculeuses érythémateuses puis lividoïdes violacées, avec une extension de taille variable et une possibilité de nécrose et d'ulcération pouvant s'étendre profondément aux plans sous-jacents. L'évolution est imprévisible avec un risque d'ischémie du membre, une surinfection cutanée, une parésie ou paralysie, des douleurs neuropathiques, ou une rhabdomyalgie parfois fatale. Le traitement est symptomatique (antalgique, parage des nécroses

cutanées) avec parfois le recours à l'oxygènothérapie hyperbare ou l'héparinothérapie.



Figure 1: évolution des lésions cutanées : au 1er jour (a et b) rash cutané lividoïde au niveau de la jambe et du pied gauches avec lésions ecchymotiques infiltrant la fesse gauche. Au 6ème jour (c et d) régression partielle du rash avec apparition de plages d'ischémie en cartes géographiques. Au 10ème jour (e et f) hypopigmentation et début de disparition des lésions