



INHIBITEURS CALCIQUES ET PHOTSENSIBILITE

Les inhibiteurs calciques n'ont pas la réputation d'être des médicaments photosensibilisants, cependant plusieurs publications les incriminent dans des éruptions cutanées des zones découvertes.

1- DILTIAZEM ET HYPERPIGMENTATION LICHENOÏDE PHOTODISTRIBUÉE

Chez 5 femmes afro-américaines, 6 mois à 3 ans après le début de traitement par diltiazem, est survenue une pigmentation bleu-grise réticulée des zones découvertes (visage, cou et décolleté, mains et avant-bras) dont l'histologie objectivait une réaction lichénoïde avec incontinence pigmentaire mélanique (1,2). Une régression partielle des lésions était notée plusieurs mois après l'arrêt thérapeutique.

Un métabolite du diltiazem est évoqué (mais non identifié), devenant photosensibilisant après irradiation UVA (accentuation de la pigmentation derrière les vitres, abaissement de la DEM UVA chez une seule patiente).

2- NEFEDIPINE ET PHOTSENSIBILISATION

La nifédipine est responsable de deux cas d'éruption eczématiforme des régions découvertes (3), de mécanisme probablement photo-allergique, sur les éléments suivants : apparition 8 mois à 2 ans après le début du traitement, abaissement de la DEM-UVB, disparition en 3 semaines après l'arrêt et surtout test de réintroduction positif au 3^{ème} jour.

Ces critères d'imputabilité sont manquants dans 2 cas d'éruptions bulleuses photodistribuées (4) et 3 observations d'érythème oedémateux des régions découvertes (5).

3- DIHYDROPYRIDINES ET TELANGIECTASIES PHOTODISTRIBUEES

L'apparition de télangiectasies photodistribuées lors de traitements par les inhibiteurs calciques de la famille des

dihydropyridines a été signalée dès 1992, mais le nombre de cas publiés reste très faible (8 cas) avec la nifédipine (Adalate®) (6,7,8), l'amlodipine (Amlor®) (7,9,10,11) et félodipine (Flodil®) (12).

Le tableau clinique est assez stéréotypé : survenue de télangiectasies limitées au visage, au décolleté et au haut du tronc après 1 mois à 3 ans de prise médicamenteuse, sans réaction de photosensibilité ou de flush. L'amélioration est rapide après l'arrêt thérapeutique avec quasi-disparition des télangiectasies en 3 à 6 mois.

Le mécanisme est mal connu, mais ne correspond pas à une réaction de photosensibilisation. Il pourrait être lié à l'effet de vasodilatation chronique des inhibiteurs calciques sur des vaisseaux dermiques préalablement altérés par l'exposition aux UVA solaires. Dans un cas, les télangiectasies ont pu être reproduites en 24 heures par le phototest UVA (25J/cm²) (7).

CONCLUSION

Il existe un « bruit de fond » de photosensibilité autour des inhibiteurs calciques, cependant les réactions photo-allergiques sont exceptionnelles. Chez les patients prenant ces vasodilatateurs coronaires, il convient d'être prudent :

- lors de la photothérapie UVB-TL01 (13) en réduisant les doses ou au cours de la PUVAthérapie (un cas d'érythème phototoxique généralisé) (14) ;
- pendant les expositions solaires, en conseillant des produits anti-solaires à large spectre UVB+UVA.

le 10 septembre 2004

Dr Michel JEANMOUGIN, Paris

1) Scherschun L, Elm MW, Lim HW. Diltiazem-associated photodistributed hyper pigmentation. Arch Dermato 2001;137:179-82. 2) Chawla A, Goyal S. Diltiazem-induced hyperpigmentation in an african american women. J Am Acad Dermatol 2002 ;46 :468-9. 3) Zenarola P, Gatti S, Lomuto M. Photodermatitis due to nifedipine : report of 2 cases. Dermatologica 1991;182 :196-8. 4) Thomas SE, Wood ML. Photosensitivity reactions associated with nifedipine. Br Med J 1986;292 :992. 5) Guarrera M, Parodi A, Rebora A. Is nifedipine phototoxic ? Photodermatol Photoimmunol Photomed 1990 ;7 :25-7. 6) Tsele E, Chu AC. Nifedipine and telangiectasia. Lancet 1992;339:365-6. 7) Collins P, Ferguson J. Photodistributed nifedipine-induced facial telangiectasia. Br J Dermatol 1993;129:630-3. 8) Vejlstrup E, Poskitt T, Wojnarowska F. Nifedipine-induced facial telangiectasia. J Eur Acad Dermatol Venereol 1995 ;5 :273-4. 9) Basarab T, Yu R, Russel Jones R. Calcium antagonist-induced photo-exposed telangiectasia. Br J Dermatol 1997;136:974-5. 10) Van der Vleuten CJM, Tribels-Smeulders MAJ, Van de Kerkhof PCM. Telangiectasia and gingival hyperplasia as side-effects of amlodipine in a 3 year-old girl. Acta Derm Venereol 1997;79:323-4. 11) Grabczynska SA, Cowley N. Amlodipine induced-photosensitivity presenting as telangiectasia. Br J Dermatol 2000;142:1255-6. 12) Silvestre JF, Albares MA, Carnero L, Botella R. Photodistributed felodipine-induced facial telangiectasia. J Am Acad Dermatol 2001;45:323-4. 13) Cameron H, Dawe RS. Photosensitizing drugs may lower the narrow-band ultraviolet B (TL01) minimal erythema dose. Br J Dermatol 2000;142:389-90. 14) Young L, Shehade SA, Chalmers RJG. Cutaneous reaction to diltiazem. Clin Exp Dermatol 1990;15:467.