

Pseudo-signe de Quincke dû au syndrome de Sweet

Axel De Greef,
Margaux Mairlot,
Marie Baeck

Département de Dermatologie,
Clin. Univ. St-Luc, UCLouvain

Nous avons vu une femme de 44 ans présentant une éruption cutanée prurigineuse aiguë sur les bras, le cou et le haut du dos, apparue 2 jours après une mastectomie droite avec recherche des ganglions sentinelles à la suite

d'un cancer du sein (**Figure 1a**).

La patiente a reçu du kétorolac, du paracétamol, du piritramide, de la fraxiparine, de la cardioaspirine et de la céfazoline pendant et/ou immédiatement après l'opération. Ses antécédents médicaux comportaient une sclérose en plaques.

Lors de l'examen clinique, la patiente était fébrile, et la nature pulsatile des lésions, alternant

Figure 1:

Papules et plaques érythémateuses, œdémateuses, enflammées sur le bras droit et le cou (a). Les caractéristiques histopathologiques montrent un œdème sous-épidermique étendu, avec vaste infiltrat dermique neutrophilique suggérant un syndrome de Sweet (hématoxyline et éosine; grossissement original x100) (b).



blanchissement et rougissement, était frappante. Une biopsie cutanée a montré un œdème sous-épidermique étendu, avec vaste infiltrat dermique neutrophilique (**Figure 1b**). Les résultats de laboratoire ont mis en évidence un taux de protéine C-réactive de 7,2mg/l (valeur normale [VN]: < 5mg/l) et une numération leucocytaire de $13,65 \cdot 10^3/\mu\text{l}$ (VN: $4 \cdot 10^3/\mu\text{l}$), dont $12,63 \cdot 10^3/\mu\text{l}$ de neutrophiles (VN: $1,6 \cdot 10^3/\mu\text{l}$). Le diagnostic de syndrome de Sweet a été posé sur la base de la présentation clinique, de l'aspect anatomopathologique de la biopsie cutanée et des résultats de laboratoire. La patiente a été traitée par méthylprednisolone 32mg pendant 7 jours, puis la dose a été réduite progressivement sur 15 jours, avec une amélioration rapide et pas de rechute. Nous avons conclu que le syndrome était très probablement induit par les médicaments.

Le signe de Quincke, qui concerne traditionnellement la pulsation capillaire du lit unguéal chez les patients atteints d'insuffisance aortique, a été proposé afin d'expliquer l'apparence pulsatile des lésions (1, 2).

La nature hautement inflammatoire des lésions cutanées du syndrome de Sweet, avec une importante vasodilatation et un œdème du derme papillaire, peut être à l'origine d'une incapacité des artéioles à maintenir une pression adéquate pendant la diastole, entraînant ce pseudo-signe de Quincke accompagné d'un blanchissement et d'un rougissement pulsatiles rythmiques. Notre recherche dans la littérature a révélé que ce pseudo-signe de Quincke a été rapporté uniquement chez des patients jeunes et après une morsure d'insecte (3-7). Nous n'avons trouvé aucun rapport de ce phénomène causé par le syndrome de Sweet chez l'adulte. ■

© 2023 European Academy of Dermatology and Venereology. Cet article a été initialement publié dans le Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: De Greef A, Mairlot M, Baeck M. Pseudo-Quincke's sign caused by Sweet syndrome. J Eur Acad Dermatol Venereol 2023;37(11):e1290-e1291.

Références

1. Mehta NJ, Khan IA. Original descriptions of the classic signs of aortic valve insufficiency. J Emerg Med 2003;24(1):69-72.
2. Mansoor AM, Mansoor SE. Images in clinical medicine. Quincke's pulse. N Engl J Med 2013;369(7):e8.
3. Gal MS, Greenberger S. A Pulsating Leg. N Engl J Med 2021;384(4):e8.
4. Robustelli Test E, Moggio E, Sena P, Gambini DM. A blinking knee: Quincke's sign as a reaction to insect bite in a chronic lymphocytic leukaemia patient. J Eur Acad Dermatol Venereol 2021;35(11):e761-2.
5. Lazar JD, Willis LK. Images in clinical medicine. A blinking knee. N Engl J Med 2014;370(24):e36.
6. Rajgopal Bala H, Wong CC, Robertson SJ. A curious case of blinking bottom. Clin Exp Dermatol 2017;42(1):121-2.
7. Miller J, Walsh M, Magyar J, et al. Blinking bug bite. Clin Pract Cases Emerg Med 2018;2(4):382-3.

