

Herpes labial récurrent : Quand faut-il penser à l'érythème polymorphe?

Recurrent oral herpes: when do you have to think about erythema multiforme?

N. Romdhane, S. Nefzaoui, I. Zoghlami, S. Dallegi, D. Chiboub, I. Hariga, O. Ben Gamra, T. Badri*, Ch. Mbarek

Service d'ORL et CCF de l'hôpital Habib Thameur.Tunis

*Service de dermatologie de l'hôpital Habib Thameur.Tunis

RESUME

OBJECTIF : Détailler les particularités diagnostiques, thérapeutiques et évolutives de L'érythème polymorphe (EP).

OBSERVATION : Patient âgé de 19 ans, aux antécédents familiaux et personnels d'herpès labial admis pour une conjonctivite bilatérale avec des lésions vésiculeuses au niveau de la cavité buccale évoluant dans un contexte fébrile depuis 72 heures avec secondairement apparition d'hématémèse et d'intolérance alimentaire totale. Le diagnostic d'un érythème polymorphe majeure a été retenu. L'évolution était marquée par la résolution des lésions muqueuses et régression des lésions cutanées au bout de 10 jours de traitement médical.

CONCLUSION : L'érythème polymorphe est une pathologie cutanéomuqueuse aiguë, rare et multifactorielle. La surveillance s'impose à la recherche de complications redoutables.

MOTS-CLÉS : Erythème polymorphe- Herpes simplex virus(HSV) – Cocarde - dermatoses bulleuses

ABSTRACT

OBJECTIVE: to detail the diagnostic, therapeutic and evolutionary features of this entity.

OBSERVATION: A 19-year-old patient, with a family and personal history of herpes labialis, admitted for oral vesicular lesions associated with a bilateral conjunctivitis evolving in a febrile context with appearance subsequently of hematemeses and total food intolerance. The diagnosis of erythema multiforme has been made. Medical treatment has been introduced. The evolution was marked by the resolution of the mucosal and cutaneous lesions after 10 days.

CONCLUSION: Erythema multiforme is a rare and multifactorial acute cutaneous-mucous disease. Surveillance is essential in search of its serious complications.

KEYWORDS: Erythema multiforme-Herpes simplex virus (HSV) - Cocarde - Bullous dermatoses

INTRODUCTION

L'érythème polymorphe (EP) est une dermatose éruptive aiguë, due à une réaction d'hypersensibilité, associant à des degrés variables des signes cutanés, muqueux et généraux. On distingue l'EP mineur combinant des signes cutanés et peu ou pas de signes muqueux et l'EP majeur réalisant un tableau plus grave avec des signes cutanés profus, une atteinte muqueuse étendue pluriorificielle et des signes généraux prononcés [1]. L'herpès virus est responsable de 50 % des EP[1, 2]. L'agent le plus souvent en cause est HSV1. L'objectif de ce travail était de détailler les particularités diagnostiques, thérapeutiques et évolutives de cette entité.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient âgé de 19 ans, d'origine rurale, aux antécédents familiaux et personnels d'herpès labial. Il présentait des gingivo-stomatites herpétiques récidivantes à raison de 4 fois par an s'accompagnant récemment de

poussée de rougeur conjonctivale, traitées en ambulatoire par des antiviraux par son propre chef. L'histoire de la maladie a débuté par une rhinopharyngite traitée par des corticoïdes. Une conjonctivite bilatérale et des lésions vésiculeuses labiales ont été apparues au bout de 72 heures. Devant l'extension des lésions buccales, l'apparition d'une hématémèse, d'une intolérance alimentaire totale et des pics fébriles avec frissons, il a été adressé aux urgences. L'examen clinique initial a retrouvé une fièvre à 39,5°C, une conjonctivite bilatérale, des lésions vésiculeuses et érosives au niveau de la langue et du palais (figure 1), une lésion en cocarde au niveau du nez et de la lèvre inférieure (figure 2), de la bourse et une lésion érosive de 0,5 cm au niveau du méat urétral.

L'examen cutané ne montrait pas d'autres lésions au niveau des membres et au niveau du cuir chevelu. L'auscultation pulmonaire était normale. Le reste de l'examen clinique était sans particularité.



Figure 1 : Lésions vésiculeuses au niveau du palais



Figure 2 : Lésion typique en cocarde au niveau de la lèvre inférieure

Les globules blancs étaient à 4500 /mm³ et la CRP à 22 mg/l. La radiographie du thorax ne montrait pas de foyer infectieux ainsi que l'examen cyto bactériologique des urines. Une fibroscopie digestive a été pratiquée en urgence montrant des ulcérations oesophagiennes pouvant cadrer avec une érosion virale. Le traitement instauré a comporté une alimentation parentérale avec hyperhydratation, une antibiothérapie (amoxicilline-acide clavulanique), une analgésie par du paracétamol, un antiviral, une corticothérapie par voie générale et des collyres oculaires pendant 7 jours. Des collyre d'antibiotique oculaire et des larmes artificielles ont été prescrit après consultation ophtalmologique.

L'évolution était favorable. Une apyrexie stable a été rapidement obtenue après 3 jours de traitement. L'évolution était marquée par la résolution des lésions muqueuses et régression des lésions cutanées au bout de 10 jours sans laisser des séquelles. Notre patient a été mis sous aciclovir à raison de 400 mg, 2 fois/jour pendant 6 mois. Le patient n'a pas présenté des récurrences avec 12 mois de recul.

DISCUSSION

Deux formes d'érythème polymorphe (EP) sont décrites, celle décrite par Von Hebra appelée EP mineur et le syndrome de Stevens-Johnson (SSJ) appelé EM majeur. L'EP mineur se distingue du SSJ par la présence de lésions cibles sans ou au plus une seule atteinte muqueuse avec une résolution des symptômes sans séquelles au bout de deux semaines. Le cas ici rapporté illustre la forme majeure ou SSJ faisant suite à une infection herpétique: le diagnostic s'est basé sur les antécédents du patient, l'atteinte

muqueuse multiple avec une importante altération de l'état général [1].

L'étiopathogénie de ce syndrome n'est pas bien expliquée, mais des facteurs immunologiques avec prédisposition génétique sont proposés [2]. Les causes les plus fréquentes sont infectieuses (en particulier par Herpes simplex puis *Mycoplasma pneumoniae*) et allergiques (sulfamides, pénicilline, les antalgiques non opiacés, antipyrétiques et AINS). D'autres causes ont été décrites telles que certaines néoplasies, la radiothérapie, le lupus érythémateux disséminé ou la sarcoïdose. Toutefois, les allergies médicamenteuses sont responsables des formes les plus sévères [2, 3, 4].

L'herpès virus est responsable de 50 % des EP. L'agent le plus souvent en cause est HSV de type 1 [1]. Les poussées d'EP surviennent habituellement 7 jours après la récurrence herpétique. Toute récurrence cliniquement patente d'herpès n'est pas obligatoirement suivie d'une poussée d'EP. Certaines poussées d'EP peuvent être déclenchées par des récurrences herpétiques asymptomatiques [1]. L'exposition aux rayons ultraviolets constitue un élément important dans la relation HSV et EP [5].

L'EP majeur est souvent précédée d'une phase prodromique qui dure entre 1 et 14 jours caractérisée par des signes divers : fièvre, malaise, toux, vomissements et douleurs thoraciques [8]. Il n'existe pas de consensus sur les critères diagnostiques de l'EP majeur [8]. Le diagnostic est basé essentiellement sur les antécédents du patient, la présence d'une phase prodromique et la présence de lésions cibles : bulles, vésicules avec atteinte d'au moins deux muqueuses, associés à une toxicité systémique [8]. Notre patient avait des antécédents de gingivo-stomatites herpétiques récurrentes. Les lésions évocatrices d'EP étaient précédées par une symptomatologie grippale (fièvre, rhinopharyngite)

Le syndrome implique les muqueuses de la cavité buccale, et des organes génitaux avec des lésions maculaires, bulleuses, desquamatives et pseudomembraneuses. Dans les cas graves, les lèvres ont tendance à être la région la plus touchée de la cavité buccale. L'atteinte ophtalmologique peut se compliquer de conjonctivite, de diminution de la production de larmes, d'entropion voire même d'une cécité [2, 9]. Les manifestations cutanées peuvent précéder, se produire simultanément, ou suivre les lésions muqueuses. Ils ont généralement une distribution symétrique. La lésion en cocarde est hautement évocatrice. Le cas ici rapporté s'est présenté avec une conjonctivite bilatérale, une lésion en cocarde au niveau du nez et de la lèvre inférieure, des lésions vésiculeuses et érosives au niveau de la langue et du palais, au niveau de la bourse et le méat urétral.

Le cas rapporté est typique, cadrant avec l'EP majeur. En effet, cette maladie touche le plus souvent les hommes jeunes (âge moyen entre 25 et 30 ans) et débute habituellement de façon aiguë par un syndrome pseudo-grippal franc [9]. L'atteinte cutanéomuqueuse est caractéristique sous forme de bulles et d'érosions post-bulleuses buccales et génitales précédant l'atteinte cutanée faite de classiques lésions en cocarde [9].

Le diagnostic positif d'EP est clinique [8]. Toutefois, le lien



herpès/EP n'est pas toujours cliniquement évident. L'Herpès virus peut être mis en évidence par PCR sur la biopsie d'une lésion d'EP [1,2]. La sérologie herpétique n'a de valeur que si elle est négative, elle permet d'écartier le diagnostic d'EP post-herpétique [1].

Les diagnostics différentiels incluent les autres pathologies qui se manifestent par des lésions vésiculo-bulleuses : le pemphigus pemphigoïde, la stomatite virale, la maladie de Behçet et la maladie de Crohn [10].

Le traitement comprend deux volets : local et général. Il associe des antalgiques, une hyperhydratation, une antibiothérapie systémique, une corticothérapie générale et un traitement anti-reflux [6-2]. Le traitement par les immunoglobulines a été également décrit sans preuve évidente de son efficacité [10]. Notre patient avait reçu une hyperhydratation associée à une antibiothérapie (Amoxicilline-Acide clavulanique), une corticothérapie et un traitement antiviral (Aciclovir) par voie générale.

Le traitement local vise essentiellement à soulager les lésions cutanées, muqueuses et ophtalmologiques et en prévenir les complications. Il est basé sur une application des solutions asséchantes au niveau cutané associées à des antibiotiques locaux. D'autres solutions sont recommandées pour l'atteinte de la muqueuse buccale comme la lidocaïne visqueuse. Une prise en charge ophtalmologique spécialisée est obligatoire d'autant plus que le pronostic des lésions oculaires reste réservé comparativement aux lésions buccales et cutanées [6,2]. Notre patient avait en une consultation ophtalmologique spécialisée : des larmes artificielles et un antibiotique local ont été prescrits.

Dans les formes récurrentes post-herpétiques, le seul traitement dont l'efficacité a été démontrée est l'Aciclovir. Il est prescrit au long cours dans les formes récidivantes avec poussées rapprochées. Dans les formes à récurrence subintrantes, la thalidomide a un effet supprimeur spectaculaire mais compte tenu de son risque tératogène majeur et de ses effets neurotoxiques, la thalidomide doit être employée avec prudence et dans des conditions de surveillance stricte [5,10].

Notre patient a été mis sous aciclovir à raison de 400 mg, 2 fois/jour pendant 6 mois. Le patient n'a pas présenté des récurrences à 12 mois de recul.

Les patients atteints d'EP majeur doivent bénéficier d'un suivi ophtalmologique, urologique et pulmonaire à distance de l'hospitalisation afin de rechercher les complications telles que les pneumopathies atypiques, les hépatites, les sténoses oesophagiennes, l'insuffisance rénale, la paralysie faciale bilatérale, l'emphysème médiastinal et les péricardites [8].

CONCLUSION

L'EP majeur est la forme redoutable de l'EP heureusement rare. Une résolution complète des symptômes au bout de six semaines est habituelle, néanmoins la surveillance s'impose à la recherche de ses complications redoutables. La survenue de récurrences à chaque poussée herpétique peut altérer la qualité de vie et imposer un traitement préventif.

Conflit d'intérêt : Aucun

REFERENCES

- 1-El fekih N, Mhalla H, Khaled A et al. Erythèmes polymorphes post-herpétique. *Ann Dermatol Venerol.* 2005;132: 271-9.
- 2- Jain R, Sharma N, Basu S, Iyer G, Ueta M, Sotozono C, et al. Stevens Johnsons Syndrome: The Role of an Ophthalmologist. *Surv Ophthalmol.* 2016 ;61(4):369-99.
- 3-Jimson S, Balachader N, Anita N, Babu R. Immunologically mediated oral diseases. *J Pharm Bioallied Sci.* 2015;7:209-12.
- 4- Bascones-Martínez A, García-García V, Meurman JH, Requena-Caballero L. Immune-mediated diseases: what can be found in the oral cavity? *Int J Dermatol* 2015; 54:258-270.
- 5-Vargas-Hitos JA, Manzano-Gamero MV, Jiménez-Alonso J. Erythema multiforme associated with Mycoplasma pneumoniae. *Infection* 2014;42:797-8.
- 6- Ponvertet C et al. Cas clinique : à propos d'un syndrome de Stevens-Johnson chez un enfant Clinical case: About a Stevens-John-

- son syndrome in a Child. *Rev franc allergol.* 2013;53:91-4.
- 7-Benyahya I, Kissi L, Guessous K. Érythème polymorphe : À propos de 3 cas cliniques. *Actualités Odonto-Stomatologiques* 2007;239:261-75.
- 8- J. Rochefort et al. Manifestations orales de l'érythème polymorphe : présentation de cas cliniques. *Med Buccale Chir Buccale* 2016;22:137-43.
- 9-Saada D, Velasco S, Vabres P et al. Érythème polymorphe majeur et infection à Chlamydia pneumoniae. *Ann Dermatol Venerol.* 2006;133:1001-4.
- 10-Hirsch G, Ingen-Housz-Oro S, Fite C, Valeyrie-Allanore L, Ortonne N, Buffard V, et al. Rituximab, a new treatment for difficult-to- treat chronic erythema multiforme major? Five cases. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2016;30(7):1140-3.