Pratique clinique

Stress et examen... en cible

Quel est votre diagnostic ?

C. ROLLET[(1)], Y. REBOURS[(2)], R. SOUPLET[(3)], Y.-L. VIOLIN(4), L. AIGLE[(5)]

(1) Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, Marseille
(2) 2e Centre Médical des Armées, Versailles
(3) 9e Centre Médical des Armées, Toulon
(4) 10e Centre Médical des Armées, Aubagne
(5) Écoles Militaires de Santé, École de Santé des Armées, Lyon-Bron

Auteur correspondant : camille.rollet.13@gmail.com

Mots-clés : Cocarde. Érythème polymorphe. Herpès. Virus. Stress. Médecine d'armée.

Keywords: Target lesion. Erythema multiforme. Herpes. Virus. Stress. Military medicine.

Open access DOI
10.17184/eac.8108

Reçu
le 14 janvier 2020

Accepté
le 2 janvier 2023

Publié
le 5 décembre 2023

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Un jeune homme de 20 ans se présente au cabinet médical avec les lésions ci-dessus (figures 1, 2 et 3) faisant suite à une poussée herpétique buccale. Étudiant en classe préparatoire, il est en période de concours dans un état de stress intense.

Ces lésions évoluent depuis une semaine et sont très douloureuses. Il n'a pas consulté initialement par peur de la contagion et de se voir interdire sa participation aux examens.

On observe des lésions principalement cutanées concentriques : la zone périphérique est érythémateuse, le centre surmonté de bulles éclatées. Certaines d'entre elles sont érosives, signant le grattage conséquence d'un prurit.

Ce sont des lésions en « cocardes » localisées principalement sur les zones acrales (pieds et mains). Il présente néanmoins une atteinte au niveau de la muqueuse buccale et des deux jambes.

Le jeune homme n'a pas d'autre antécédent que la notion « d'éruptions vésiculeuses buccales » en période de stress ou de fatigue. Le reste de l'examen clinique est sans particularité. Il ne prend pas de traitement.



Figure 1 - ©Aigle



Figure 2 - ©Aigle



Figure 3 - ©Aigle

Aux vues des données cliniques, la principale hypothèse est ici l'érythème polymorphe dont le diagnostic est essentiellement clinique.

Les diagnostics différentiels à éliminer sont les différentes dermatoses bulleuses intra-épidermiques (pemphigus) et sous épidermiques (pemphigoïde bulleuse, épidermolyse bulleuse acquise en lien avec la maladie de Crohn, dermatite herpétiforme en lien avec la maladie cœliaque, dermatose à IgA linéaire pharmaco-induite) qui n'ont pas lieu d'être évoquées ici au vu de l'âge et des antécédents du patient.

Dans ce contexte supposé d'immunodépression liée au stress et à la fatigue, des examens complémentaires ont été réalisés :

- La Numération de Formulation Sanguine et le ionogramme sanguin sont sans anomalie. On retrouve une CRP légèrement élevée à 18 mg/L.
- Les sérologies VIH, VHB, VHC, HSV 2 sont négatives. La sérologie HSV 1 est positive.

Pour cet étudiant, il s'agit d'une récurrence herpétique à l'origine d'un érythème polymorphe mineur. Le traitement est symptomatique et local avec asepsie des lésions pour éviter une surinfection. La guérison sans cicatrice est obtenue en deux à trois semaines. Il a aussi été prescrit du Valaciclovir *per os* 500 mg/j.

Il faut rassurer le patient sur la bénignité de cette éruption qui peut être très impressionnante. Il faut noter qu'il récidivera six mois plus tard dans les mêmes conditions ce qui indiquera un traitement au long cours par Valaciclovir.

Érythème polymorphe

La lésion typique de l'érythème polymorphe est une lésion cutanée dite en « cocarde », avec un centre bulleux, un anneau érythémateux et une couronne vésiculeuse.
Les localisations principales sont les paumes des mains et les plantes de pied ainsi que le visage, de façon bilatérale et symétrique.

On retrouve trois formes cliniques :

- une forme mineure dont l'atteinte est à prédominance cutanée avec peu de signes généraux ;
- une forme majeure avec des signes généraux importants, une atteinte muqueuse étendue (plus de deux atteintes) et une atteinte cutanée profuse ;
- une forme bulleuse avec une surface de décollement cutané inférieure à 10 % avec des lésions en cocardes.

En cas de doute diagnostic, une biopsie cutanée peut être faite avec étude histologique et immunofluorescence.

Les étiologies principales sont dominées par les infections à *Herpes Simplex Virus* (HSV) et à *Mycoplasma Pneumoniae* mais de nombreuses infections virales et bactériennes ont été mises en cause ainsi que certains vaccins mais de façon plus rare.

Une origine médicamenteuse iatrogénique est aussi possible.
Le mécanisme le plus probable est immunoallergique.

La guérison sans séquelle est le plus souvent obtenue par un traitement local et symptomatique. La question du traitement de la cause, si elle est retrouvée, doit se poser.

Références bibliographiques

1. M. Larquey, E. Mahe. Erythème polymorphe postinfectieux de l'enfant. Archive de pédiatrie. 2016 ;23 :1184-90.

2. Benyahya I, Kissi L, Guessous K. Érythème polymorphe : À propos de 3 cas cliniques. Actualités Odonto-Stomatologiques. 2007 ;239 :261-75.