

Maladie infantile chez l'adulte

Exanthème prurigineux avec arthralgies et bicytopenie

Dr méd. Fabienne Wächter; Dr méd. Birgit Traichel

Klinik für Innere Medizin, Kantonsspital Münsterlingen, Münsterlingen

Description du cas

Une patiente de 38 ans s'est présentée dans notre service des urgences en raison d'une éruption cutanée très prurigineuse. Cinq jours auparavant, elle avait eu de la fièvre jusqu'à 39 °C et des douleurs dans la région du rachis thoracique, ce qui l'avait amenée à prendre de l'ibuprofène. La veille de sa présentation, elle a développé une éruption cutanée très prurigineuse, qui a débuté dans le dos et s'est étendue aux bras et aux jambes.

L'anamnèse environnementale était vierge. Elle n'avait pas fait de voyage récent à l'étranger. La patiente n'a pas mentionné de nouveaux produits d'entretien ou de douche, d'animaux domestiques, d'allergies connues ou de traitement médicamenteux régulier. L'anamnèse personnelle était sans particularité, avec notamment aucun antécédent dermatologique connu.

À l'examen physique, un exanthème maculopapuleux prononcé avec de fines taches, sans vésicules ni croûtes, a été observé (fig. 1). La paume des mains et la plante des pieds étaient épargnées, mais la patiente ressentait une sensation de brûlure dans ces zones. Les articulations des doigts étaient légèrement enflées et douloureuses lors des mouvements. Le reste de l'examen physique était sans particularité, les paramètres vitaux étaient dans la norme.

Les analyses de laboratoire ont révélé une légère anémie normochrome normocytaire hyporégénérative (hémoglobine 115 g/l, réticulocytes 0,01 T/l) ainsi qu'une thrombocytopénie nouvellement documentée (thrombocytes 75 G/l). Les autres paramètres de laboratoire, en particulier les valeurs inflammatoires, étaient dans la norme.

En raison des manifestations locales avec un prurit prononcé, il a été supposé dans un premier temps qu'il s'agissait d'un exanthème

médicamenteux suite à la prise d'ibuprofène. L'administration de clémastine 2 mg i.v. et de méthylprednisone 125 mg i.v. n'a entraîné qu'une légère régression du prurit, avec un exanthème toujours aussi marqué.

Comme la patiente présentait en plus une bicytopenie et des arthralgies, une sérologie pour le parvovirus B19 a été effectuée, avec un taux d'immunoglobulines M (IgM) de 18,0 (= positif) et d'immunoglobulines G (IgG) <0,1 (= négatif), indiquant une infection récente.

Le lendemain, le prurit et l'exanthème avaient diminué et la thrombocytopénie s'était améliorée, si bien que la patiente a pu rentrer chez elle. A posteriori, elle a signalé que des cas d'érythème infectieux aigu («cinquième maladie») s'étaient déclarés il y a quelques semaines dans la classe de sa fille.

Dans le cadre d'une consultation téléphonique une semaine après sa sortie de l'hôpital, la patiente a fait état d'un très bon état général, sans fièvre. L'exanthème avait complètement disparu deux jours après la sortie de l'hôpital. Le gonflement et les douleurs des articulations des doigts ont persisté encore quelques jours. Les analyses de laboratoire ont montré une normalisation quasi-complète de l'hémogramme 13 jours après la sortie de l'hôpital (hémoglobine 117 g/l, thrombocytes 216 G/l). De nouvelles sérologies ont révélé une séroconversion avec à la fois des anticorps IgM et IgG positifs, confirmant une infection à parvovirus B19 récente.

Discussion

Les infections à parvovirus B19 (érythème infectieux aigu) font partie des maladies infantiles classiques. Toutefois, elles surviennent aussi, à une fréquence moindre, chez les adultes, en particulier chez les femmes d'âge intermédiaire. La transmission a lieu toute l'année, mais elle est plus fréquente à la fin de l'hiver et au printemps [1, 3].

Les virus sont transmis par gouttelettes. Cliniquement, 4–14 jours après l'exposition, il se produit un stade prodromique lié à la virémie, avec des symptômes grippaux (fièvre, céphalées, myalgies). Quelques jours plus tard, une rougeur caractéristique des joues («slapped cheek») ainsi qu'un exanthème maculopapuleux en guirlande et en anneaux au niveau du tronc et des membres apparaissent. Environ 50% des lésions cutanées sont associées à un prurit, ce qui peut compliquer la distinction par rapport à un exanthème médicamenteux. Chez les adultes, les deux manifestations cutanées caractéristiques susmentionnées sont plus rares. Les arthralgies symétriques avec atteinte polyarticulaire, en particulier des articulations des mains et des doigts, qui peuvent durer plusieurs semaines, sont plus fréquentes [1, 4, 5].

Outre l'exanthème et les arthralgies, il y a souvent des anomalies de l'hémogramme, notamment des thrombocytopénies et des anémies. La cause de ces anomalies n'a pas encore été entièrement élucidée. Tout comme les arthralgies, les anomalies de l'hémogramme peuvent persister plus longtemps que l'exanthème. Chez les patientes et patients présentant des maladies hématologiques préexistantes (par ex. drépanocytose, thalassémie, sphérocytose), il y a souvent des évolutions sévères avec crise aplasique et donc une anémie sévère nécessitant des transfusions [1–4].

L'examen diagnostique de référence est la sérologie. Les anticorps IgM peuvent être détectés dans le sérum 7–10 jours après l'infection et restent positifs pendant 2–4 mois. Les anticorps IgG sont détectables 3–4 jours après l'apparition des anticorps IgM. En cas de charge virale élevée, la sérologie peut être faussement négative en raison de la formation de complexes anticorps-virus. Chez les personnes immunodéprimées, les anticorps peuvent faire

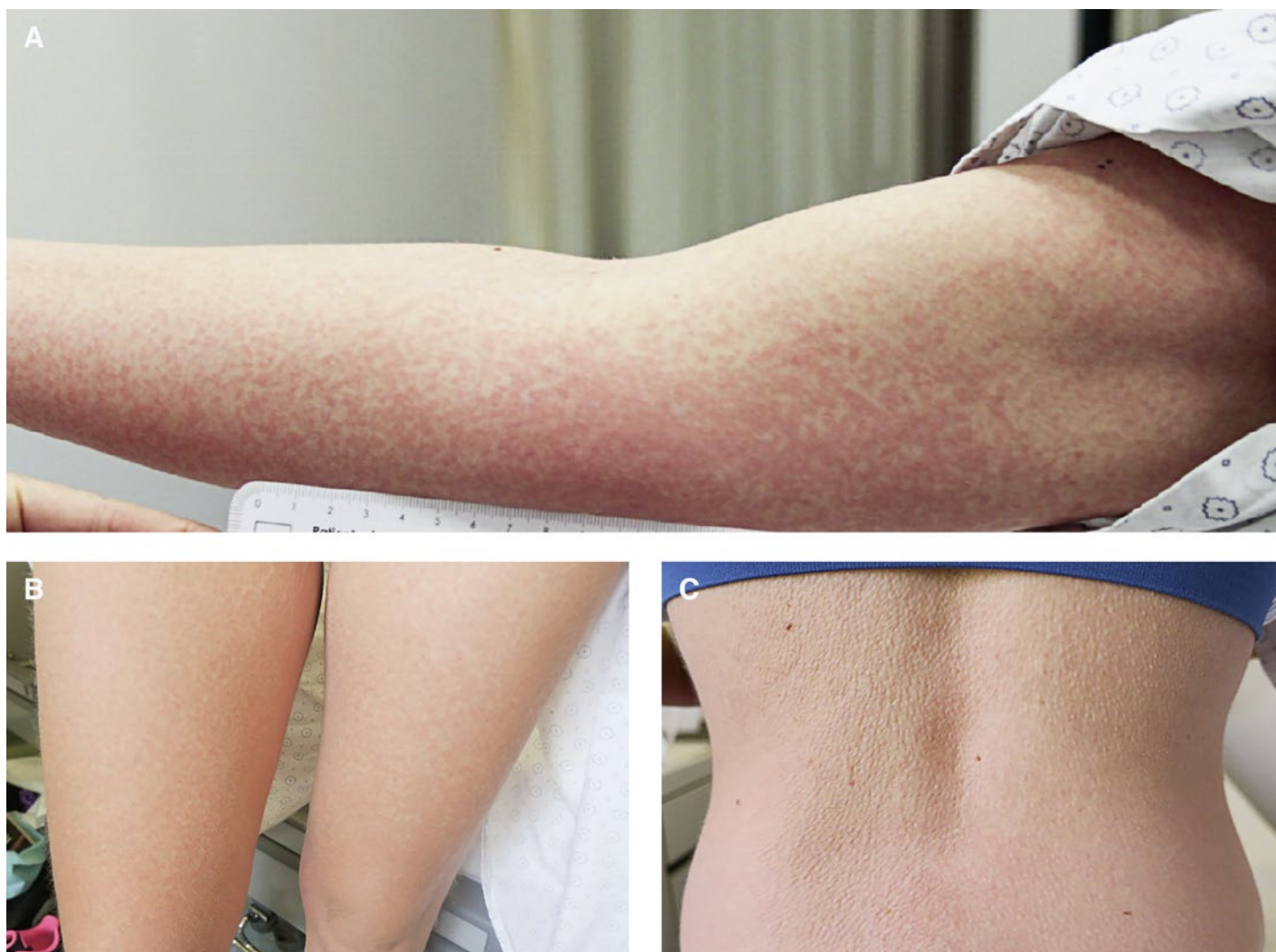


Figure 1: A–C) Exanthème maculopapuleux avec de fines taches au niveau des membres et du dos. Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

totalemment défaut ou les anticorps IgM peuvent persister pendant des mois, voire des années, sans présence concomitante d'anticorps IgG. Dans de tels cas, il est recommandé d'effectuer une réaction de polymérisation en chaîne (PCR) sur du sang EDTA pour confirmer ou exclure le diagnostic [2, 3].

Il n'existe à ce jour ni traitement antiviral ni vaccin contre le parvovirus B19. Le traitement est symptomatique. En l'absence d'amélioration ou en cas d'amélioration retardée avec une réponse immunitaire limitée, l'administration d'immunoglobulines doit être discutée. Il est essentiel que les personnes infectées évitent tout contact avec les femmes enceintes. Le risque de transmission transplacentaire au fœtus est particulièrement élevé au cours des deuxième et troisième trimestres (complications possibles: avortement spontané, anasarque foetoplacentaire). Après une infection, les personnes immunocompétentes conservent une immunité à vie [1, 2].

En raison des manifestations cutanées le plus souvent non caractéristiques chez les adultes, une infection à parvovirus B19 est

souvent diagnostiquée tardivement. Il convient donc de penser précocement à une infection à parvovirus B19 chez les personnes souffrant d'arthralgies et d'un exanthème d'origine indéterminée, en particulier chez celles en contact avec des enfants malades.

Correspondance

Dr. med. Fabienne Wächter
Klinik für Innere Medizin
Kantonsspital Münsterlingen
Spitalcampus 1
CH-8596 Münsterlingen
fabienne.waechter[at]stgag.ch



Dr méd. Fabienne Wächter
Klinik für Innere Medizin, Kantonsspital
Münsterlingen, Münsterlingen



Dr méd. Birgit Traichel
Klinik für Innere Medizin, Kantonsspital
Münsterlingen, Münsterlingen

Remerciements

Nous remercions la patiente pour la mise à disposition de son dossier médical.

Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Conflict of Interest Statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- 1 Modrow S. Parvovirus. Dt Ärztebl. 2001;98(24):1620–4.
- 2 Landry ML. Parvovirus B19. Microbiol Spectr. 2006;4(3).
- 3 Heegard ED, Brown KE. Human Parvovirus B19. Clin Microbiol Rev. 2002;15(3):485–505.
- 4 Young NS, Brown KE. Parvovirus B19. N Eng J Med. 2004;350(6):586–97.
- 5 Mage V, Lipsker D, Barbarot S, Bessis D, Chosidow O, Del Giudice P, et al. Different patterns of skin manifestations associated with parvovirus B19 primary infection in adults. J Am Acad Dermatol. 2014;71(1):62–9.