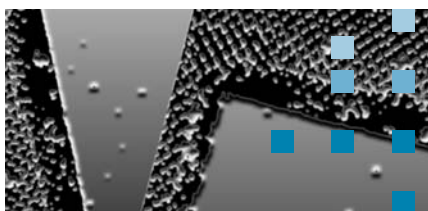




Une stomatite familiale



Rédaction :

Laura Boroleanu
Renato G. Panizzon
Emmanuel Laffitte

Coordination rédactionnelle :

Renato Panizzon
Emmanuel Laffitte

OBSERVATION

Un petit garçon de six ans présentait depuis sept jours une symptomatologie apparue brutalement, associant des douleurs buccales entraînant un refus d'alimentation, une hypersialorrhée et une altération de l'état général avec fièvre dépassant souvent 39° C. A l'examen clinique, on observait un œdème des lèvres avec des érosions sur un placard érythémateux mal limité, couvertes de croûtes sanguinolentes (figure 1). La muqueuse buccale présentait de petites érosions à fond grisâtre, entourées d'un liséré rouge vif, localisées au niveau du palais dur et de la langue (figure 2). Deux jours après, la mère reconsultait avec la sœur de deux ans, qui présentait un malaise général et fièvre 39-40°C et des douleurs buccales. Un examen de la cavité buccale, difficile en raison des douleurs, montrait le même aspect clinique que chez son frère avec des ulcérations de la muqueuse buccale



Figure 1. Œdème croûteux et hémorragique des lèvres prédominant sur la lèvre inférieure



Figure 2. Erythème lingual avec ulcération

et sur les gencives. Des adénopathies sensibles, sous-mandibulaires, étaient présentes.

1. Quel est votre diagnostic ?
2. Quels examens complémentaires réalisez-vous ?
3. Quels sont les diagnostics différentiels possibles ?
4. Quel traitement proposez-vous ?

RÉPONSES

1. La présentation clinique et le contexte épidémiologique sont très évocateurs de gingivostomatite herpétique aiguë dans le cadre d'une primo-infection.
2. Un prélèvement viral avec immunofluorescence directe et culture était négatif chez le premier enfant (symptômes évoluant depuis sept jours). Par contre, les prélèvements faits chez la sœur étaient positifs pour le virus Herpes Simplex de type 1 (HSV1).
3. Avec cette présentation clinique et le contexte épidémiologique, on évoque surtout un problème viral ; en particulier, une autre primo-infection par le virus coxsackie A16 se manifestant par des ulcérations buccales, mais aussi des lésions palmo-plantaires (syndrome main-pied-bouche) absentes ici. Le tableau est trop bruyant pour une poussée d'aphtose et dans un syndrome de Stevens-Johnson, les érosions buccales sont généralement plus vastes et étendues.
4. Dans les deux cas, la suspicion clinique étant tellement forte, le traitement a été débuté avant les résultats des prélèvements virologiques. Un traitement par aciclovir (Zovirax) suspension 5 x 2,5 ml/j pendant sept jours et des soins locaux associant bains de bouche antiseptiques et l'application de gel de Xylocaïne 3x/j a été prescrit.

COMMENTAIRES

La gingivostomatite herpétique correspond à une primo-infection par HSV1.

Rev Med Suisse 2008 ; 4 : 2292-3

Adresses

Drs Emmanuel Laffitte, MER, Laura Boroleanu, Pr Renato G. Panizzon
Service de dermatologie et vénéréologie
CHUV, 1011 Lausanne
emmanuel.laffitte@chuv.ch



Elle survient le plus souvent chez un enfant de six mois à cinq ans, avec un deuxième pic d'incidence chez l'adulte jeune de 20-30 ans.¹ Les formes inapparentes de primo-infection par HSV1 sont les plus fréquentes, et la plupart des adultes séropositifs pour le HSV1 n'ont aucun souvenir de primo-infection initiale. Certaines études suggèrent que seuls 10 à 20% des enfants infectés ont présenté des signes et des symptômes de primo-infection herpétique.^{2,3}

La transmission se fait par contact interhumain direct de lésions herpétiques ou par la salive de porteurs sains.

La présentation clinique est assez stéréotypée: après une incubation de trois à six jours, un aspect clinique de gingivostomatite antérieure apparaît dans un contexte de malaise général avec fièvre supérieure à 39°C. L'examen local met en évidence des vésicules groupées en bouquet ou déjà croûteuses sur les lèvres, le menton ou les ailes nasales, des érosions grisâtres sur un fond érythémateux au niveau de la muqueuse buccale, parfois coalescentes en ulcérations polycycliques, couvertes d'un enduit diphtéroïde. Une alimentation difficile ou impossible, une haleine fétide et des adénopathies cervicales sensibles sont présentes.

La clinique est très souvent suffisante pour assurer le diagnostic, mais la mise en évidence du virus est cependant nécessaire dans certaines situations. L'immunofluorescence et la culture virale étaient jusqu'à présent les techniques de référence, permettant la distinction entre HSV1 et HSV2, mais le prélèvement doit être précoce et de bonne qualité, sur un milieu de transport adapté. La nouvelle technique de la détection de l'ADN viral par PCR est une technique spécifique extrêmement sensible, dépistant même une excrétion virale asymptomatique.

La prise en charge doit être précoce et associer des soins locaux antiseptiques et antalgiques, et un traitement spécifique antiviral. Chez l'adulte, on peut utiliser le valaciclovir (Valtrex, 2 x 1 g/j pendant sept jours) ou le famciclovir (Famvir, 2 x 500 mg/j pendant sept jours); la brivudine semble peu efficace sur le HSV et ne doit pas être utilisée dans cette indication. Chez l'enfant, le valaciclovir et le famciclovir ne peuvent théoriquement pas être utilisés car ils n'ont pas été testés dans des études cliniques, et l'on doit employer l'aciclovir qui a de plus pour avantage d'exister sous forme de suspension buvable. Son efficacité a été validée par une étude contrôlée contre placebo: pour

une dose de 15 mg/kg 5 fois/j pendant sept jours débutée dans les trois premiers jours, il y a une réduction significative des symptômes cliniques et de la contagiosité.⁴ Plus simplement, on peut prescrire l'aciclovir chez l'enfant de plus de deux ans à la dose de 200 mg (soit 2,5 ml de suspension buvable) cinq fois par jour pendant sept jours, et à demi-dose chez l'enfant de moins de deux ans.

En conclusion, une gingivostomatite antérieure dans un contexte fébrile chez un enfant doit faire évoquer le diagnostic de primo-infection herpétique et débiter un traitement par aciclovir oral avant même les résultats des prélèvements virologiques. ■

Bibliographie

- 1 Chauvin P, Ajar A. Acute herpetic gingivostomatitis in adults: A review of 13 cases, including diagnosis and management. *J Can Dent Assoc* 2002;68:247-51.
- 2 Faden H. Management of primary herpetic gingivostomatitis in young children. *Pediatr Emerg Care* 2006; 22:268-9.
- 3 Arduino P, Porter S. Oral and perioral herpes simplex virus type 1 (HSV-1) infection: Review of its management. *Oral Dis* 2006;12:254-70.
- 4 Amir J, Harel L, Smetana Z, Varsano I. Treatment of herpes simplex gingivostomatitis with aciclovir in children: A randomised double blind placebo controlled study. *BMJ* 1997;314:1800-3.