

Lésions buccales d'ecthyma gangrenosum : à propos d'un cas

Rémy Gaston¹, Franck Boralevi², Charles Cazenave³, Jean-Christophe Fricain¹

¹ Pôle d'Odontologie et de Santé buccale, Hôpital Pellegrin, CHU, place Amélie Raba-Léon, 33076 Bordeaux Cedex, France

² Service de Dermatologie, Hôpital Pellegrin, CHU, place Amélie Raba-Léon, 33076 Bordeaux Cedex, France

³ Service de Médecine interne et Maladies infectieuses, Hôpital Pellegrin, CHU, place Amélie Raba-Léon, 33076 Bordeaux Cedex, France

remgaz@hotmail.fr

L'ecthyma gangrenosum (EG) est une infection cutanée rare souvent associée à une bactériémie à *Pseudomonas aeruginosa* (PA). Le terrain de survenue est celui des infections à PA: immunodéprimés, toxicomanes IV, patients hospitalisés. La porte d'entrée peut être digestive, urinaire, pulmonaire ou cutanée (Greene 1984). L'EG se traduit par l'apparition, dans un contexte septique systémique, de bulles hémorragiques multiples, indurés, de petite taille et entourées d'un érythème marqué ; elles donnent rapidement vers des ulcérations nécrotiques entourées par un halo érythémateux. Le diagnostic étiologique repose sur la réalisation d'une série d'hémoculture et d'écouvillonnages des lésions. La face est rarement atteinte par les lésions d'EG et la muqueuse buccale n'a fait l'objet que de très rares descriptions. Des cas de stomatites nécrotiques chez des patients immunodéprimés ne correspondant pas aux profils bactériologiques habituels et impliquant le PA ont été décrites comme de probables EG buccaux primitifs (Barasch 2002).

Une femme âgée de 49 ans est suivie depuis plus d'un an pour une aplasie médullaire découverte après un syndrome hémorragique et une pancytopenie sur le bilan biologique. La patiente était en échec thérapeutique après une première cure de ciclosporine, une cure d'écuzumab 6 mois plus tard et une cure de rituximab associé à des corticoïdes 8 mois plus tard. La patiente a été hospitalisée pour l'apparition, au cours du traitement par rituximab, de brûlures périnéales. Ces douleurs ont été rapidement associées avec à un tableau fébrile et à une lésion buccale douloureuse. Une ulcération nécrotique indurée, accompagnée d'un œdème important, était apparue sur la joue droite en regard des molaires mandibulaires. Sur le plan gynécologique, sur la grande lèvre droite, on observait un érythème très important avec un œdème induré et douloureux, et une zone nécrotique sur sa face interne. Le bilan montrait un syndrome inflammatoire biologique avec anémie (hémoglobine 7,1g/dl), une neutropénie (540 globules blancs/mm³), une thrombopénie (13000 plaquettes/mm³) et une CRP à 134 mg/l. Les hémocultures étaient négatives. Un traitement par imipénèm, acyclovir et culots plaquettaire a été mis en place. Les examens par PCR étaient négatifs pour le CMV et l'EBV dans le sang et pour le HSV sur les lésions buccales et génitales ; le traitement par acyclovir a été arrêté. Les premiers prélèvements buccaux et génitaux étaient polymicrobiens et peu spécifiques. Un second écouvillonnage des lésions retrouvait principalement PA et *Klebsiella* sur la lésion génitale. Une antibiothérapie à base de pipéracilline/tazobactam, relayée par la ciprofloxacine per os, a entraîné avec une évolution favorable des lésions.

La plupart des EG sont associés à une septicémie mais des cas d'EG sans présence de bactériémie à ont été décrits (El Baze 1991, Song 2001). Dans le cas présenté, en présence d'hémoculture négative, l'aspect des lésions, le contexte d'immunodépression et la présence de PA ont permis le diagnostic. Les lésions d'EG doivent être connues des chirurgiens oraux afin de les traiter précocement avec un agent antimicrobien efficace et de dépister une éventuelle immunodéficience passée inaperçue.