

POSTER

Diagnostic et prise en charge d'un cas d'érythème polymorphe

Gossart R*, Kleinpoort F**, Aguilar F*, Torres JH*, Fauroux MA*

* UFR d'Odontologie de Montpellier

** UFR d'Odontologie de Toulouse

L'érythème polymorphe (EP) est une maladie bulleuse aiguë d'origine immunitaire pouvant être déclenchée par des agents infectieux tels que l'Herpes virus simplex (HSV) ou *Mycoplasmapneumoniae*. Certains médicaments (AINS, pénicillines...) ont aussi été incriminés, mais leur rôle reste controversé (*Shah et al. 2007*). L'EP touche plus particulièrement l'adulte jeune, de sexe masculin, entre 20 et 30 ans. Les manifestations débutent de façon brutale et peuvent toucher aussi bien des zones cutanées que muqueuses (*Ayangco et Rogers 2003*). Les récurrences sont fréquentes.

Le cas d'un homme de 29 ans est rapporté. Le patient, adressé par son médecin généraliste, s'est présenté en urgence au Centre de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires (CSERD) de Montpellier suite à l'apparition de lésions de la muqueuse buccale. Des antécédents d'herpès labial ont été mentionnés ainsi qu'une consommation quotidienne de cannabis. Cependant, aucune récurrence herpétique n'avait été exprimée par le patient depuis plusieurs mois. L'anamnèse a permis d'établir la symptomatologie des lésions buccales puis oculaires et génitales, survenues 8 jours auparavant. Ces lésions buccales hyperalgiques, empêchant le patient de s'alimenter, sont apparues, selon le patient lui-même, à la suite d'une poussée de fièvre. Des AINS, du tramadol et une association de spiramycine-metronidazole ont été prescrits dans un premier temps par le médecin traitant. L'examen intrabuccal effectué au CSERD de Montpellier a révélé des lésions érosives, certaines en forme de cocarde, sur l'ensemble des muqueuses buccales, en particuliers sur le plancher buccal, les lèvres et la face interne des joues. Le contexte et la symptomatologie clinique ont orienté vers un diagnostic d'érythème polymorphe, et le patient a été adressé au service de dermatologie du CHRU de Montpellier. Il s'y est rendu le lendemain et présentait une asthénie, une hyperalgie buccale liée à une glossite et une stomatite très érosives, améliorée par l'application du gel de lidocaïne prescrit au CSERD. Une ulcération du méat urétral ainsi qu'une conjonctivite bilatérale sans gêne de la vision complétaient le tableau clinique. La recherche de HSV par PCR avec prélèvement cutané s'est révélée négative. La CRP s'élevait à 54 mg/l et la sérologie de *Mycoplasmapneumoniae* (1/20) était à la limite de la normalité. Un traitement de sept jours par Solupred[®] 30 mg/j, Zelitrex[®] 500 mg matin et soir, tramadolet gel de lidocaïne a été mis en place. Revu une semaine plus tard, le patient présentait une cicatrisation complète du gland et des yeux ; il persistait quelques érosions buccales. Le traitement par Solupred[®] 30 mg/j a été maintenu pendant 7 jours, ainsi que les applications de gel de lidocaïne, en association avec du paracétamol. Une nouvelle sérologie bactérienne à mycoplasme a été réalisée 15 jours après pour éliminer un faux positif du fait de l'absence de symptomatologie pulmonaire associée. Par la suite, l'évolution a été favorable.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Ce cas est particulièrement typique par sa symptomatologie clinique et notamment par l'aspect caractéristique des lésions buccales en cocarde. Il illustre par ailleurs l'efficacité du traitement symptomatique de l'EP.

Nom et adresse du conférencier

Marie-Alix FAUROUX

UFR d'Odontologie de Montpellier

545 Av. du Pr. JL Viala

34193 Cedex 5 Montpellier (France)

marie-alix.fauroux@univ-montp1.fr