

ERYTHEME POLYMORPHE MAJEUR POST-HERPETIQUE COMPLIQUE D'UNE RETENTION URINAIRE

POST-HERPETIC ERYTHEMA MULTIFORME MAJOR COMPLICATED BY ACUTE URINARY RETENTION

B. KILANI, L. AMMARI, H. TIOURI BENAÏSSA, T. BEN CHAABANE

Service des Maladies Infectieuses - Hôpital La Rabta, Tunis. Tunisie

Correspondance :

Badreddine Kilani,
Hôpital La Rabta, 1007 Jebbari,
Bab Sâadoun, Tunis - Tunisie
Tél. : 00 216 71 578 822
E-mail : badreddine.kilani@rns.tn

Résumé

L'érythème polymorphe majeur secondaire à une infection à *Herpes simplex virus* (HSV) est une entité bien connue, mais la rétention complète d'urines en cas d'atteinte génitale associée reste rare et de mécanisme non univoque.

Nous rapportons un cas de rétention aiguë d'urines chez un enfant de 13 ans admis pour érythème polymorphe majeur avec atteinte génitale. Le sérodiagnostic HSV est fortement positif et suggère une réactivation plutôt qu'une primo-infection. L'évolution sous aciclovir et sondages a été favorable en deux semaines.

La rétention complète d'urines, complication rare de l'érythème polymorphe avec atteinte génitale secondaire à une infection à HSV, associée ou non à des lésions cutanées, reste de bon pronostic et ne nécessite habituellement pas des explorations urodynamiques.

Mots-clés : *Herpes simplex* – Erythème polymorphe – Rétention urinaire – Ulcération – Aciclovir.

Summary

Erythema multiforme major secondary to Herpes simplex virus (HSV) is wellknown entity, but acute urinary retention in case of genital involvement is rare with non defined mechanisms.

We report a case of acute urinary retention in a 13 years old boy admitted to hospital because of erythema multiforme major with genital involvement. HSV serology shows high titles and suggests reactivation rather than acute infection. A two weeks course of aciclovir with bladder catheterisation lead to good outcome.

Acute urinary retention, a rare complication of erythema multiforme with genital involvement due to HSV infections, with or without skin lesions, is of a good prognosis and does not requires urodynamic investigations.

Keywords : *Herpes simplex* – Erythema multiforme – Urinary retention – Ulceration – Aciclovir

INTRODUCTION

Les infections à Herpes virus sont fréquentes chez l'homme. Quatre virus sont responsables des principaux tableaux cliniques : les virus *Herpes Simplex* (HSV) de type 1 (HSV1), le virus de la varicelle et du zona (VZV), le *cytomégalo*virus (CMV) et le virus d'*Epstein - Barr* (EBV). Sur le plan physiopathologique, après une primo-infection apparente ou inapparente, ces virus restent latents au sein de l'organisme, pouvant être responsables secondairement de récurrences. C'est ainsi que l'HSV va se localiser au niveau des ganglions sensitifs rachidiens où il va résider pendant une longue période, et être responsable d'atteintes cutanées et/ou muqueuses, voire neurologiques lors des réactivations. Ces atteintes neurologiques peuvent affecter la commande neurologique de l'appareil vésico-sphinctérien et être responsables de troubles mictionnels, voire d'une rétention d'urines [1].

Nous rapportons l'observation d'un patient ayant présenté une rétention complète d'urines associée à un érythème polymorphe majeur lors d'une réactivation herpétique.

OBSERVATION

Un garçon âgé de 13 ans, est adressé du service d'oto-rhino-laryngologie pour ulcérations buccales. Dans ses antécédents, on retrouve la notion de convulsions hyperthermiques traitées par phénobarbital jusqu'à l'âge de 5 ans. Douze jours avant son hospitalisation, il a présenté une fièvre à 39°C d'installation brutale avec odynophagie, toux sèche, traitée comme une virose. Après une amélioration transitoire, et deux jours après la fin du traitement, la fièvre réapparaît avec des lésions buccales rapidement extensives empêchant l'alimentation, associées à des brûlures mictionnelles et d'une dysurie, puis d'une rétention d'urines 24 heures plus tard. A l'admission, l'enfant est fébrile à 38,9°C ; il existe une tuméfaction des lèvres sièges d'ulcérations multiples et de croûtes (figure 1). L'examen de la bouche est difficile car son ouverture est limitée et douloureuse, mais permet de trouver des ulcérations multiples de la face interne des joues et du palais, avec hypertrophie amygdalienne et glossite

associée. Il existe des adénopathies sous angulo-maxillaires de 1,5 cm de diamètre et sensibles. Sur le méat urétral, on note une ulcération de 1 cm de grand axe, douloureuse. Sur le scrotum, l'examen note deux lésions cutanées à type de cocarde (figure 2).

Figure 1 : Ulcérations labiales avec stomatite



Figure 2 : Ulcération du gland

Il n'y a pas d'hépatomégalie, ni splénomégalie. Les globules blancs sont à 10700/mm³ (polynucléaires neutrophiles à 9200/mm³), la vitesse de sédimentation est à 64 mm à la première heure, la C-réactive protéine est à 56 mg/l. L'examen cytobactériologique des urines est stérile. La culture du prélèvement buccal pour examen bactériologique et mycologique est stérile. Le bilan hépatique est normal. La sérologie de *Chlamydiae* (*C. trachomatis* et *C. pneumoniae*) et de *Mycoplasma pneumoniae* est négative à deux prélèvements séparés de 15 jours. La sérologie d'HSV est positive et montre la présence d'IgG à un titre de 1/512, suggérant une infection antérieure herpétique. Les autres sérologies virales (CMV, EBV, VZV, hépatites B et C) sont négatives. Le

patient a été mis d'emblée sous aciclovir (30 mg/kg/j) par voie intraveineuse et une sonde vésicale a été mise en place pour drainer les urines. L'évolution a été marquée par une défervescence à J5 de traitement, avec amélioration progressive des lésions cutanéomuqueuses. La sonde vésicale n'a pu être enlevée définitivement qu'à J8 d'évolution avec des urines stériles. Le traitement antiviral a été poursuivi 15 jours au bout desquels le patient sort. Il a été revu deux semaines plus tard en excellent état et complètement asymptomatique.

DISCUSSION

L'érythème polymorphe est un syndrome éruptif aigu décrit pour la première fois en 1870 [in 2]. Ce syndrome qui touche surtout le sujet jeune, est lié à une réaction d'hypersensibilité à un certain nombre d'infections. Il est caractérisé par une éruption cutanée faite d'éléments d'aspects variables, associant des papules à des lésions en cocarde. Les atteintes muqueuses peuvent être buccales, génitales, conjonctivo-palpébrales ou cornéennes. Elles peuvent constituer l'unique manifestation clinique de ce syndrome. Il est subdivisé en 2 entités : érythème polymorphe mineur, caractérisé par une atteinte cutanée à type de cocardes typiques, papuleuses et bulleuses, volontiers acrales, et où l'atteinte muqueuse est modérée voire absente, et l'érythème polymorphe majeur qui est plus sévère et qui touche au moins deux muqueuses avec des lésions cutanées typiques [3, 4], comme c'est le cas de notre patient. Si les infections à HSV1 et HSV2 sont actuellement considérés comme la principale étiologie infectieuse à l'origine de ce syndrome (> 50% des cas) [5], d'autres agents ont été incriminés, comme *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* [2] ou des agents mycosiques et parasitaires, surtout chez l'enfant. Le diagnostic de l'infection herpétique, qui reste clinique, peut être confirmé par la sérologie et la mise en évidence du virus par des techniques d'amplification génique au niveau des lésions [6]. L'existence d'une rétention urinaire complète au cours des récurrences herpétiques n'a été que rarement rapportée

[1]. En effet, plusieurs cas souvent isolés ont été rapportés dans la littérature concernant principalement les rétentions aiguës observées au cours des infections par le virus varicelle-zona (VZV), notamment en cas d'atteinte lombaire ou sacrée, et ceci dans environ 3,5% des cas [7, 8]. Au cours de ces infections, la rétention complète pourrait être expliquée par une aréflexie du détrusor, associée parfois à une myélite secondaire à une inflammation aiguë des racines sacrées ou lombaires [1]. Le mécanisme de la rétention au cours de l'infection herpétique s'explique probablement par une atteinte des racines nerveuses d'origine inflammatoire à l'origine d'une dysfonction de la vessie après atteinte des ganglions rachidiens, surtout que HSV reste quiescent à ce niveau plusieurs années après la primo-infection.

Par ailleurs, l'atteinte de la muqueuse génitale, comme c'est le cas de notre patient, peut expliquer une rétention d'origine réflexe secondaire à la douleur occasionnée par l'infection virale. Il est connu que cette complication peut se voir d'emblée ou survenir 7 à 10 jours après le début de l'infection [4]. Les explorations urodynamiques montrent souvent une aréflexie du détrusor avec un EMG normal en cas d'atteinte génitale [in7]. Ces explorations n'ont pas pu être réalisées chez notre patient.

L'évolution sous aciclovir et sondages intermittents est pratiquement toujours favorable avec disparition des troubles mictionnels en quelques semaines [4].

CONCLUSION

Les troubles vésico-sphinctériens au cours de l'érythème polymorphe majeur d'origine herpétique restent rares. Ils se manifestent par une rétention d'urines secondaire, soit à une aréflexie du détrusor, soit à un phénomène réflexe en cas d'atteinte génitale associée. Leur pronostic reste toutefois bon sous traitement.

REFERENCES

- 1- Yamanishi T, Yazuda K, Sakakibara R, Hattori T, Ushiyama T, Minamide M and al. : Urinary retention due to herpes virus infections. *Neurourol Urodyn* 1998 ; 17 : 613-9.
- 2- Saada D, Velasco S, Vabres P, Guillet G : Erythème polymorphe majeur et infection à *Chlamydia pneumoniae*. *Ann Dermatol Venereol* 2006 ; 133 : 1001-4.

3- Farthing P, Bagan JV, Scully C : Erythema multiforme. In mucosal diseases series 2005 ; 11 : 261-7.
4- Ayangco L, Rogers RS : Oral manifestations of erythema multiforme. Dermatol Clin 2003 ; 21: 195-205.
5- Lamoreux MR, Sternbach MR, Hsu WT : Erythema multiforme. Am Fam Physician 2006 ; 74 : 1883-8.
6- Ng PP, Sun YJ, Tan HH, Tan SH : Detection of herpes simplex virus genomic DNA in various subsets of Erythema multiforme by polymerase chain reaction. Dermatology 2003 ; 207 : 349-53.

7- Julia JJ, Cholhan HJ : Herpes zoster-associated acute urinary retention : a case report. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2007 ; 18 : 103-4.
8- Gamé X, Bigay-Gamé L, Bialek D, Sailler L, Astudillo L, Rishmann P : Rétention urinaire secondaire à une infection zostérienne. Progrès Urol 2004 ; 14 : 224-6.