



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## CAS CLINIQUE

# Syndrome de Stevens-Johnson au cours d'une primo-infection par le virus d'Epstein-Barr

Stevens-Johnson syndrome concurrent with primary Epstein-Barr virus infection

F. Brunet-Possenti<sup>a</sup>, M. Steff<sup>a</sup>, E. Marinho<sup>b</sup>,  
B. Crickx<sup>a</sup>, V. Descamps<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Service de dermatologie, hôpital Bichat–Claude-Bernard, AP–HP, 46, rue Henri-Huchard, 75877 Paris cedex 18, France

<sup>b</sup> Service d'anatomopathologie, hôpital Bichat–Claude-Bernard, AP–HP, 46, rue Henri-Huchard, 75877 Paris cedex 18, France

Reçu le 16 avril 2012 ; accepté le 31 octobre 2012

Disponible sur Internet le 10 décembre 2012

### MOTS CLÉS

Syndrome de Stevens-Johnson ;  
Virus d'Epstein-Barr ;  
Mononucléose infectieuse

### Résumé

**Introduction.** — La primo-infection par le virus d'Epstein-Barr (EBV) survient préférentiellement chez l'enfant et l'adulte jeune. Elle se manifeste fréquemment par une mononucléose infectieuse, caractérisée par la triade angine, fièvre et adénopathies. Un exanthème morbilliforme peut être associé, déclenché ou non par la prise d'amoxicilline. Nous rapportons un cas de syndrome de Stevens-Johnson survenu au cours d'une primo-infection à EBV.

**Observation.** — Un patient de 17 ans consultait pour un tableau clinique évocateur de syndrome de Stevens-Johnson avec une image histologique concordante, sans notion de prise médicamenteuse récente. Les examens biologiques trouvaient un syndrome mononucléosique et les résultats des sérologies et des PCR étaient en faveur d'une primo-infection EBV. L'évolution était spontanément favorable, ne nécessitant qu'un traitement symptomatique.

**Discussion.** — Le syndrome de Stevens-Johnson est un tableau dermatologique associant classiquement des cocardes atypiques et une atteinte muqueuse profuse. L'étiologie est le plus souvent médicamenteuse, moins souvent infectieuse. La primo-infection à EBV se manifeste rarement par un syndrome de Stevens-Johnson, avec un seul cas rapporté dans la littérature. Devant un syndrome de Stevens-Johnson sans cause médicamenteuse décelable, il convient donc de réaliser un bilan infectieux complet, à la recherche notamment d'une primo-infection EBV.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [vincent.descamps@bch.aphp.fr](mailto:vincent.descamps@bch.aphp.fr) (V. Descamps).

**KEYWORDS**

Stevens-Johnson syndrome;  
Epstein-Barr virus;  
Infectious mononucleosis

**Summary**

**Background.** — Primary EBV infection mainly affects children and young adults. Most patients present the characteristic triad of fever, pharyngitis and lymphadenopathy. Symptoms may include a morbilliform eruption, occasionally induced by amoxicillin. We report a case of Stevens-Johnson syndrome concurrent with EBV infection.

**Case report.** — A 17-year-old boy consulted for an eruption suggestive of Stevens-Johnson syndrome, which was supported by the histopathology results. The patient had taken no medication during the previous weeks. Laboratory examinations showed atypical activated T lymphocytes. Serological tests and PCR results confirmed the diagnosis of primary EBV infection. The outcome was spontaneously favorable with only symptomatic treatment being required.

**Discussion.** — Stevens-Johnson syndrome is characterized by "target" lesions and profuse mucous membrane involvement. Stevens-Johnson syndrome is frequently drug-induced, being due less frequently to infections. Stevens-Johnson syndrome is very rarely a manifestation of infectious mononucleosis, with only one case being reported in the literature. When confronted with Stevens-Johnson syndrome without any imputable medication, complete screening for infection should be performed, in particular for primary EBV infection.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La primo-infection par le virus d'Epstein-Barr (EBV) se manifeste fréquemment sous la forme d'une mononucléose infectieuse, caractérisée par une angine érythémato-pultacée fébrile associée à des adénopathies. Un exanthème morbilliforme est également souvent observé de façon spontanée [1], ou parfois induit par la prise d'amoxicilline. Nous rapportons une observation de syndrome de Stevens-Johnson (SSJ) survenu au cours d'une primo-infection par l'EBV.

**Observation**

Un patient de 17 ans, sans antécédent médical, consultait pour une éruption diffuse avec atteinte muqueuse évoluant depuis trois jours. L'interrogatoire ne trouvait aucune prise médicamenteuse et pas de prise de drogues. Le patient ne rapportait pas non plus de symptomatologie otorhino-laryngologique, digestive ou respiratoire durant les semaines précédant l'éruption et n'avait pas d'antécédent d'herpès.

L'éruption, initialement purement cutanée, avait débuté aux avant-bras et s'était rapidement étendue à l'ensemble du tégument, avec apparition retardée de lésions muqueuses. Les premiers jours de l'éruption étaient accompagnés d'une fébricule ne dépassant pas 38,5°C. L'examen clinique initial trouvait des lésions cutanées prédominant sur le tronc, avec des aspects de pseudo-cocardes centrées par des bulles, évoluant de façon confluente (Fig. 1 et 2). L'atteinte muqueuse était profuse avec érosions douloureuses des lèvres, stomatite érosive et ulcérations du gland. L'examen ophtalmologique était sans anomalie. Il s'associait également une atteinte érosive étendue de l'oropharynx, entraînant une odynophagie. Le reste de l'examen était sans anomalie, en particulier pas d'adénopathie, pas d'hépatomégalie ni splénomégalie palpables et absence d'autres plaintes fonctionnelles.

Le bilan biologique initial montrait une hyperlymphocytose à 10 500/mm<sup>3</sup> avec présence de lymphocytes hyperbasophiles sur le frottis, réalisant un syndrome mononucléosique. Par la suite apparaissait une hyperéosinophilie

à 1220/mm<sup>3</sup>. Une cholestase hépatique transitoire était notée au cours de l'évolution. Les sérologies VIH, VHB, VHC et mycoplasme étaient négatives. Les PCR HSV réalisées sur plusieurs prélèvements cutanés, muqueux et sanguins étaient négatives. Par ailleurs, les PCR réalisées sur sang total pour détection de HHV-6, HHV-7, HHV-8 et CMV étaient également négatives. En revanche, la PCR EBV à l'arrivée du malade s'avérait fortement positive à 8000 copies par millilitre (seuil de détection à 1000), avec 48 heures plus tard une augmentation du taux à 10 640 cop/mL. Les sérologies EBV montraient la présence d'IgM anti-VCA mais pas d'IgG



**Figure 1.** Éruption cutanée en début d'hospitalisation.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3187240>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3187240>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)