

# Item n° 330 : Purpura infectieux chez l'enfant et l'adulte

## OBJECTIFS TERMINAUX

I. Devant un purpura infectieux chez l'enfant ou chez l'adulte, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents

## POUR COMPRENDRE

Les purpuras sont caractérisés par la présence de pétéchies ou d'ecchymoses au niveau cutané ou muqueux. Ils peuvent avoir de multiples causes dont certaines sont infectieuses.

Les purpuras infectieux

- peuvent être **thrombopéniques** :
  - d'origine périphérique (lors d'infections virales, bactériennes, parasitaires ou fongiques),
  - plus rarement d'origine centrale (infiltration ostéo-médullaire lors d'infections à mycobactéries ou leishmanies, par exemple).
  - d'autres troubles de l'hémostase, tels qu'une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) peuvent être associés.
- ou **non thrombopéniques (vasculaires)**.

### Principales étiologies des purpuras infectieux

Bactériennes	Virales
Purpura fulminans - méningocoque - pneumocoque Endocardite Bactériémie à streptocoques, à staphylocoques, à pneumocoques, à gonocoques Rickettsioses Leptospirose Tuberculose hémato-poïétique	Hépatite A, B, C, E Herpès simplex VZV Cytomégalovirus Epstein-Barr Virus (EBV) (mononucléose infectieuse) Parvovirus Rougeole, rubéole Fièvres virales hémorragiques Dengue VIH

- Plusieurs mécanismes peuvent être observés avec un même agent infectieux.

### À retenir :

- Tout purpura associé à de la fièvre nécessite une hospitalisation et éventuellement une prise en charge thérapeutique préhospitalière (antibiothérapie) urgente (Cf. Purpura fulminans+++).
- Tout purpura extensif comporte un risque hémorragique.

## DEVANT UN PURPURA INFECTIEUX CHEZ L'ENFANT OU CHEZ L'ADULTE, ARGUMENTER LES PRINCIPALES HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES ET JUSTIFIER LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES PERTINENTS

### 1. Diagnostic facile

- Lésions cutanées persistant à la vitropression.
- Selon la taille : pétéchies, ecchymoses.
- En faveur d'un purpura vasculaire : lésions infiltrées, parfois associées à nodules, vésicules, bulles, ulcérations.
- Le contexte infectieux est plus ou moins bruyant selon l'étiologie.
- Ce qui n'est pas un purpura : télangiectasie, angiome, érythème, maladie de Kaposi.

### 2. Éléments cliniques à rechercher

- Signes de gravité : sepsis grave, voire choc ; syndrome hémorragique.
- Pathologie connue : connectivite, hémopathie, néoplasie, antécédent de splénectomie.
- Recherche d'infection récente même banale.
- Épidémie dans l'entourage.
- Séjour tropical.
- Liste complète des médicaments reçus.
- Mode de vie.

### 3. Examens biologiques urgents

- NF, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène, et si nécessaire dosage du facteur V, recherche de PDF, dosage des D-dimères, de complexes solubles de fibrinogène, recherche de schizocytes.
- CRP, procalcitonine.

- Créatininémie, protéinurie, hématurie.
- Transaminases.
- Hémocultures et autres prélèvements bactériologiques (PL, coproculture, selon le contexte), parasites (frottis, goutte épaisse).

#### 4. À l'issue de ce premier bilan, conduite à tenir

##### 4.1. Purpura fébrile

- Le purpura fulminans est défini par l'extension rapide en taille et en nombre des éléments purpuriques, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de 3 mm de diamètre, associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie. Ce tableau évoque *a priori* une méningococcie invasive et doit être traité comme tel (Cf. Item 96).
- Syndrome septique grave (choc septique)
  - priorité absolue au traitement du choc
  - étiologies possibles : bactériémies à streptocoque, pneumocoque, staphylocoque, *Haemophilus influenzae*, toute bactériémie s'accompagnant de CIVD.

##### 4-2. Purpura s'intégrant dans un syndrome hémorragique : hémorragies muqueuses (épistaxis, gingivorragie, hématurie) ou rétinienne visibles au fond d'œil, céphalées (hémorragie cérébro-méningée)

- dû à une thrombopénie (risque à partir de 50 G/l, important entre 20 et 50 G/l, quasi-constant en dessous de 20 G/l)
- dû à une éventuelle CIVD
- association à une insuffisance rénale : si diarrhée rechercher une infection à *E. coli* producteur d'une toxine Shiga like (syndrome hémolytique et urémique, purpura thrombotique thrombocytopénique) ; si syndrome algique diffus et contact avec des rongeurs, rechercher une infection à Hanta-virus (sérologie).

##### 4-3. Démarche diagnostique en dehors de l'urgence

###### 4-3-1. Rechercher les causes infectieuses

- Chez l'enfant ou l'adulte jeune, diagnostic clinique facile dans un contexte de fièvre éruptive : rougeole, rubéole, varicelle (signes de gravité) ; autres virus : herpès simplex, cytomégalovirus, EBV, parvovirus, coxsackie (sérologies)
- Chez le voyageur en milieu tropical évoquer systématiquement la dengue (sérologie), le paludisme (frottis, goutte épaisse), la leishmaniose viscérale (sérologie et myélogramme), les fièvres virales hémorragiques
- Contexte de souffle cardiaque connu ou d'apparition récente, d'ischémie cérébrale ou des membres : chercher une endocardite (hémocultures, échographie cardiaque)
- Chez l'adulte (plus fréquent que chez l'enfant) orientation vers une cause médicamenteuse après sérum d'origine équine, vaccin, administration de pénicilline, sulfamide, rifampicine, cotrimoxazole, céphalotine, méticilline, (purpura vasculaire ou par thrombopénie) ; la démarche est la même pour tout médicament suspect, à savoir : enquête d'imputabilité, examens biologiques spécialisés : recherche de l'anticorps sérique dirigé contre les plaquettes en présence du médicament (tests *in vitro*, détection par fixation du complément, consommation d'une anti-globuline, libération facteur III plaquettaire, etc.).
- Autres causes à rechercher selon le contexte clinique ou biologique :
  - hépatite, syndrome mononucléosique : CMV, EBV, VIH, virus des hépatites
  - sexualité à risque, hypergammaglobulinémie, lymphopénie : VIH.

###### 4-3-2. Éliminer les purpuras non infectieux

- Vascularites simples, angéites nécrosantes ou connectivites (PAN, Wegener, cryoglobulinémies,...)
- Thrombopéniques : ponction sternale : si mégacaryocytes anormaux : cause centrale (hypoplasie médullaire ou envahissement) ; moelle riche : cause périphérique, incitant à compléter le bilan par la recherche d'immunoglobulines fixées sur les plaquettes ou dans le plasma (test de Dixon plaquettaire), l'étude de la durée de vie des plaquettes marquées à l'Indium 111...